

PEDRO FLORIANO DOS SANTOS

**A ENFERMAGEM NA COMUNIDADE: UMA ESTÓRIA NA
HISTÓRIA DO BAIRRO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS,
ITAJAÍ, SANTA CATARINA.**

ITAJAÍ (SC).

1997

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CONVÊNIO UFSC/UNIVALI**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**A ENFERMAGEM NA COMUNIDADE: UMA ESTÓRIA NA
HISTÓRIA DO BAIRRO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS,
ITAJAÍ, SANTA CATARINA**

Pedro Floriano dos Santos

Orientadora:

Dr^a. Maria de Lourdes de Souza

ITAJAÍ, agosto de 1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PÓLO FAEVI - UNIVALI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
A ENFERMAGEM NA COMUNIDADE: UMA ESTÓRIA NA HISTÓRIA DO
BAIRRO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, ITAJAÍ, SANTA CATARINA

MESTRANDO: Pedro Floriano dos Santos

Dissertação para a obtenção do título
de mestre em Enfermagem avaliada
em 05/09/97 pela
Banca Examinadora composta por:



Dra. Maria de Lourdes de Souza - Presidente



Dra. Eliana Marília Faria - Membro



Dra. Vera Lucia Guimarães Blank - Membro



Ddo. Antonio de Miranda Wosny - Membro

Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp- Suplente

“MOMENTO HISTÓRICO

Não sei quando, como, por que?

Mas talvez seja histórico.

Seja histórico a falta de compromisso, a omissão do companheirismo, a chama de mudar o convencional.

Talvez seja histórico o desabafo e também a falta dele.

As alianças alienadas, a falta de amor, o individualismo.

Talvez seja histórico a renúncia e os mártires.

Aqueles que morrem por aqueles que sobrevivem covardemente à luta sem ter jamais lutado.

Aqueles que contribuem para a opressão dos oprimidos.

Talvez a retórica seja histórica; o medo e a insistência também.

Brilho nos olhos e o coração apertado...

a lágrima engasgada que não se manifestou.

Talvez seja histórico, caros colegas, que nesse instante os sinta mais caros e raros na obrigatoriedade das características de belo, forte, impávido colosso e que não foge à luta e nem teme a ...

Talvez tudo na história não seja tão histórico, quanto a nossa própria história; de um povo heróico com brado retumbante, e nem acredito que seja histórica a falta de memória”.

GOMES, Moêmia. Professora/Campinas/SP.

*Aos meus cúmplices nesta caminhada,
obrigado pela compreensão, paciência,
amizade e amor: Fernanda, Caio, Lia e Elisa.
À amiga Maria de Lourdes de Souza, pela
paciência de orientar um teimoso sonhador ou
talvez um sonhador teimoso.*

AGRADECIMENTOS

Fiquei muito tempo pensando no que escreveria no momento do agradecimento, e agora aqui estou, preocupado principalmente em não cometer injustiças, pois é muito difícil citar alguns entre tantos que colaboraram neste processo de crescimento pessoal e coletivo.

Mas meus agradecimentos são primeiramente para os moradores do Bairro Nossa Senhora das Graças, que tanto têm me ensinado nesta vivência diária;

Ao Miguel, Mário e Luanda, atores deste teatro da vida que, infelizmente, tiveram que abandonar o palco mais cedo;

Aos companheiros Lorete, Ivone M., Ivone F., Lola, Luiz e Gilberto, pela convivência e respeito profissional que permearam todas nossas atividades de trabalho no Posto de Saúde Dom Bosco;

Aos profissionais de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde, pela busca de uma prática socialmente comprometida;

Aos professores, colegas e amigos da UNIVALI e UFSC, por compartilharem o grande desafio desta caminhada;

RESUMO

Este trabalho é um relato de minha História de enfermeiro inserido na História do Bairro Nossa Senhora das Graças. É um relato de uma estudo exploratório de quatro anos como enfermeiro da Prefeitura Municipal no Posto de Saúde Dom Bosco e como professor da Universidade do Vale do Itajaí, com o fim precípua de estimular o desenvolvimento comunitário e a transformação da realidade. A metodologia utilizada neste estudo teve como base o cuidado de Enfermagem na interação e inserção na comunidade, bem como no estabelecimento gradativo de um processo de diálogo com a comunidade. Para melhor conhecer a comunidade, apliquei um processo de gradativa e contínua interação e realizei um diagnóstico de saúde, que possibilitou a confrontação da realidade diagnosticada com a realidade vivida. Para esta confrontação, foram formados os grupos de interesse. Estes grupos, constituídos em diferentes momentos, possibilitaram o estudo de quatro segmentos dentro da comunidade: posse da terra, analfabetos, hipertensos e desnutridos. Após a formação dos grupos de interesse, contribuí para reestruturar a nova Associação de Moradores, colaborando na formação da diretoria provisória, na elaboração do estatuto e levantando aspectos históricos do bairro e das associações anteriores. Crê-se que este estudo poderá servir de subsídio para a prática de Enfermagem comunitária no ambiente de Sistema Único de Saúde e que os profissionais, acadêmicos e cidadãos da comunidade possam utilizá-lo como uma das referências para ampliar e enriquecer a prática de assistência em Enfermagem. Este trabalho insere-se num contexto social e propõe-se contribuir para o processo da libertação e de transformação da comunidade, na direção do resgate pleno da cidadania.

ABSTRACT

This work is a report of my History as a nurse set into the History of Nossa Senhora das Graças neighborhood. It is an exploratory four- year study report as a nurse of the City Hall, at the Dom Bosco Health Center, and as a teacher at the University of Vale do Itajaí. This work aims essentially at stimulating the communal development and the reality transformation. The methodology used in this study was based on the nursing care , on the interaction and insertion in the community, as well as on the gradual implementation of a dialogue with the community. In order to better understand the community, an epidemiological reference was applied and, in a gradual and continuous interaction , I did a health diagnosis which allowed the confrontation between the actual and diagnosed reality . Groups of interest were formed for this confrontation. These groups, which were created in different moments, enabled the study to four segments inside the community: the land ownership, the illiterate , the hypertensive and the undernourished . After the groups were formed, I helped in the elaboration of a new Dweller's Association, by supporting the formation of a provisory directory , the elaboration of a statute and the investigation of the historical aspects concerning the neighborhood and previous associations. It is believed that this study will contribute for the nursing communal practice in the SUS (Unique Health System) . It is also believed that the professionals, students and citizens of the community can use it as a reference to enlarge and enrich the Nursing care practice. This work is inserted in a social context and aims at contributing for the liberation process and community improvement towards complete citizenship.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
SUMÁRIO	VIII
LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	X
1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	5
1.2 O REFERENCIAL METODOLÓGICO	7
1.2.1 Desenho operacional do marco conceitual	8
1.3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	10
1.3.1 O BAIRRO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	10
1.3.1.1 O surgimento	10
1.3.1.2 A consolidação do bairro	11
1.3.1.3 O favelamento	12
1.4 A DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E DOS OBJETIVOS	14
1.5 O TÓPICO DE INVESTIGAÇÃO	15
1.6 A CONSTRUÇÃO DO MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	17
1.7 A DE COLETA DE DADOS E A EXPLORAÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	28
2 - OS CENÁRIOS DA HISTÓRIA	30
2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL - UMA PANORÂMICA	30
2.2.1 Período final do Império e início da República	30
2.2.2 Período republicano até a década de 30	31
2.3.4 O período revolucionário da década de 30 e o papel do Estado-Nação Desenvolvimentista	33
2.2.5 Período revolucionário de 64	35
2.2.6 Período do início da exaustão do Estado-Nação Desenvolvimentista	37
2.2.7 O período da redemocratização do Estado até nossos dias	39
2.2.8 Período de desarticulação do movimento sanitário	48
2.3 A ENFERMAGEM DO BRASIL	50
2.3.1 Preâmbulo	50
2.3.2 Surgimento, evolução e compromissos: área sanitária	50
2.3.3 Do compromisso sanitário para a área hospitalar	52
2.3.4 O enfoque da Enfermagem no Estado-Nação Desenvolvimentista	54
2.3.5 O enfoque da Enfermagem na Democratização do Estado	55

2.5 Reflexão	58
3 - DA ESTÓRIA EM CENA	59
3.1 ATO 1 - CONHECENDO E DEIXANDO-SE CONHECER	59
3.3 ATO 2 - CONDIÇÕES DE VIDA E REPRODUÇÃO SOCIAL	63
3.4 ATO 3 - APRESENTANDO OS RESULTADOS E CAMINHANDO JUNTOS	69
3.4.1 Metodologia de trabalho e formação de grupos de interesses	69
3.4.2 Grupo: A posse da terra	72
3.4.3 Grupo: analfabetos/alfabetização	75
3.4.4 Grupo: hipertensos e desnutridos	77
3.5 ATO 4 - A FORÇA DA LUTA: RESGATANDO A CIDADANIA	81
3.6 ATO 5 - REVENDO O “VELHO” E DISCUTINDO O “NOVO”: TUDO EM MOVIMENTO	86
3.7 CONCLUSÃO	87
CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	89
BIBLIOGRAFIA	92
ANEXOS	97

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

I	FIGURA 1 - Desenho operacional do marco conceitual.	5
II	TABELA 1 - Número de habitantes por idade e escolaridade, Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, SC. 1995.	66
III	TABELA 2 - Distribuição da renda familiar dos residentes no Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, SC 1995.	67
IV	TABELA 3 - Distribuição do tipo de sanitários, das residências dos entrevistados, no Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, SC / 1995.	69
V	TABELA 4 - Distribuição dos entrevistados quanto a procura de atendimento de Saúde, no Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, SC / 1995.	70
VI	GRÁFICO 1: Satisfação acerca dos serviços do Posto de Saúde Dom Bosco, Itajaí, 1995 SC.	71

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de minha jornada como Enfermeiro, iniciada nas disciplinas de Saúde Pública do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O período da realização do Curso de Graduação foi de transição política e eu começava a ter os primeiros contatos com os problemas que afligiam o povo brasileiro, entre os quais a pobreza, a falta de moradia, a falta de emprego, as doenças transmissíveis, a desnutrição e as doenças crônicas degenerativas.

As dificuldades eram muitas, pois toda minha trajetória escolar, até então, pregava a alienação e o não-pensar. A prática e os novos caminhos acadêmicos, no entanto, requeriam o pensar para entender os processos sociais de transformação que borbulhavam no ambiente social, principalmente aquele da prática profissional.

Fora um período em que se tornavam evidentes as lutas e os conflitos dos partidos de esquerda, movimentos sociais e projetos alternativos. Neste contexto de mudanças e possibilidades, eu me engajei de corpo e alma.

Assim, hoje faço uma retrospectiva desta formação acadêmica, com o olhar, a mente e o coração voltados para as atividades de transformação social. Esta retrospectiva inicia-se com a primeira vivência no Projeto Costeira do Pirajubaé, no ano de 1978, como uma proposta de extensão comunitária da UFSC. Posteriormente, esta proposta inseriu-se na curricular dos Departamentos de Saúde Pública e de Enfermagem da UFSC. Segundo Wosny (1994, p. 56) “O

Projeto Costeira incorporou, em sua metodologia, princípios marxistas do materialismo histórico e dialético (...). Desenvolvia atividades e estudos num processo pedagógico que incorporou princípios da **Medicina Social** e do **Movimento Sanitário** com apoio do **Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES**". Segundo o mesmo autor, o objetivo do **Projeto Costeira** visava "contribuir para a formação de recursos humanos na área de saúde adequados à realidade brasileira segundo a filosofia de atenção primária de saúde" (DACES-UFSC, apud Wosny, 1995, p. 57).

Concluído o Curso de Graduação em Enfermagem em 1982, cursei Especialização em Saúde Pública no ano de 1983, o que muito contribuiu para o aperfeiçoamento de minha formação e, de algum modo, ampliou as minhas inquietações.

Os debates em torno da saúde, nesse momento da história do Brasil, eram muito importantes na tentativa de transformar o discurso em medidas concretas. Assim, foram elaborados dois planos: o PREV-SAÚDE e as Ações Integradas de Saúde (AIS) do Conselho de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Destes dois planos, participei intensamente da implantação e estruturação das AIS na cidade de Criciúma, no sul do Estado de Santa Catarina.

Em 1989 fui convidado e aceitei exercer o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Morro da Fumaça, sul de Santa Catarina, onde convivi diretamente com o poder institucional e pude pôr em prática muitos dos conceitos que tinha adquirido na escola e que demonstraram que a Enfermagem é um instrumento de transformação, quando concebido com este propósito.

De volta a Itajaí, minha cidade natal, em 1991, assumi o Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal dessa cidade, na qual desenvolvi atividades até o ano seguinte. Após as eleições municipais de 1992, fui transferido para o Posto de Saúde Dom Bosco, ocorreu por motivação política pois, apesar do mesmo partido ter ganho as eleições, um grupo distinto do qual eu participava assumiu o poder.

Dentre os 23 (vinte e três) postos de atendimento de saúde, escolhi o Dom Bosco pela sua proximidade com o Bairro Nossa Senhora das Graças (Matadouro).

Assim, vislumbrei uma possibilidade de retomar alguns dos princípios doutrinários e práticos aplicados no projeto Costeira do Pirajubaé.

O Matadouro é parte viva da minha história. Quando criança e adolescente, nosso time de futebol participava dos campeonatos promovidos pelo Parque Dom Bosco, bem como eu gostava de andar de bicicleta seguindo as trilhas ao lado da linha de trem e, conseqüentemente passava pelo Bairro.

Estas imagens de minhas lembranças até hoje são muito marcantes, quando relembro os barracos quase caindo, pendurados no morro, uns apoiados aos outros como que se segurassem para não caírem às margens dos trilhos. É um ir e vir de sonho que se transforma em realidade, é um sentir-se vivo em que as teorias são requeridas como práxis.

Estava consciente das dificuldades que iria enfrentar. Para superar estas, comecei a interagir com a comunidade e me fazer conhecer buscando conquistar a confiança desta por meio do cuidado de Enfermagem, principalmente o prestado às crianças.

Ressalto, ainda, como importante neste processo, as leituras que procedi sobre Epidemiologia. Através dela e influenciado por ela, passei a valorizar esse instrumental teórico para detectar a realidade e, de posse de um diagnóstico, “intervir” na administração das ações de saúde do Posto. Ademais, de posse dos dados desvelados pela instrumental da epidemiologia, pude compartilhar informações sobre a realidade diagnosticada com a comunidade, tornando-me um elemento mobilizador na busca de alternativas de intervenção na realidade que, ao meu ver, era e é desumana e deve ser mudada.

Gradativamente senti minhas convicções fortalecidas e, à medida que ampliava meus estudos complementares nas Disciplinas do Mestrado em Assistência de Enfermagem, a fundamentação teórica foi se consolidando. A fundamentação teórica permitiu estabelecer um diálogo entre o passado e o presente, aumentando cada vez mais a necessidade de estudar, trilhar um caminho rumo a uma práxis que me modificasse e ao mesmo tempo transformasse o meu trabalho.

Apesar das contínuas investidas neoliberais com suas obsessões de ajustes sociais via mercado, tenho claro que a organização popular é um instrumento capaz de garantir a implantação efetiva das propostas da Reforma Sanitária aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

É neste quadro de lutas dialéticas que concordo com Egry (1996) ao enunciar que

“Pensar um modo refletido e crítico de intervir na realidade social, tal como se apresenta para a Enfermagem brasileira a prática assistencial, de pesquisa, de organização dos serviços, de qualificação de sua força de trabalho, entre outros **papéis** mais usualmente conhecidos em nosso meio, tem sido tarefa de poucos (Egry, 1996, p. 13)”.

A exemplo de tantos outros atores sociais, colaborei na elaboração dos princípios doutrinários e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e defendi a participação popular. Mais recentemente, sai de cena ficando no palco exercendo um papel secundário, embora presente, sentindo e vendo a apropriação do discurso pelos representantes da classe dominadora, sem no entanto conquistar o espaço popular. Percebo que o Estado, sob a égide da força sobre a sociedade, refez a prática de forma a atender seus interesses, negando os princípios e diretrizes básicos do SUS.

Bordenave, coloca que

“as Leis se formulam mas não se cumprem, pois não foi desenvolvida a responsabilidade social, os demagogos e caudilhos populistas manejam o povo a seu bel-prazer e os ditadores o dominam por longos períodos, sem encontrar firme e geral resistência popular (Bordenave, 1994, p. 23)”.

Esta citação me apóia no que considero importante em termos da incorporação de novos conceitos, na tentativa de rever o discurso e voltar ao palco, como componente ativo da cena para reformular a prática, já que acredito e sugiro que uma nova leitura da realidade se faz necessária. Assim, encampando

conceitos como território e perfil epidemiológico, busco desenhar uma prática articulada com a comunidade e que caminhe em direção a conquistas amplas acerca dos direitos de **CIDADANIA**.

1.1 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está organizada em 2 capítulos, precedida de uma introdução na qual são explicitados **o referencial metodológico, tópico de investigação, A delimitação do problema, A definição do objeto e dos objetivos, A construção do marco teórico conceitual, Os instrumentos de coleta de dados e a exploração do campo de investigação.**

O referencial metodológico, por sua vez, é precedido do subtítulo **“desenho operacional do marco conceitual”**, cujas unidades, com a denominação de atos, são desenvolvidas a partir do capítulo dois. O desenho operacional é composto de cinco unidades de um conjunto de temas fértil de correlações e interligações. Estas etapas têm as seguintes denominações e finalidades: na etapa *“Interagindo”* procura-se descrever o processo de integração enfermeiro-comunidade; na etapa *“reconhecendo a realidade”*, descreve-se as condições de reprodução social: moradia, educação, saneamento e saúde; na etapa *“Planejando a ação”*, constrói-se, a partir do diagnóstico de saúde, grupos de pessoas por áreas de interesses; na etapa *“A História e a estória”*, busca-se resgatar a formação sócio-histórica do bairro Nossa Senhora das Graças e a inserção do autor desta dissertação, enquanto enfermeiro, neste contexto; na etapa *“Repensando o feito”*, faz-se uma avaliação destas etapas e destaca-se as novas possibilidades para continuidade deste estudo exploratório. As cinco etapas, como que um processo de múltiplas complementaridades, retratam um modelo sistêmico presente na configuração desta dissertação.

No capítulo I - OS CENÁRIOS DA HISTÓRIA - faz-se uma **retrospectiva histórica da formação do espaço sóciodemográfico** do Bairro Nossa Senhora das Graças, no qual o autor desta dissertação absorve e constata o processo de constituição do agrupamento humano e os problemas de saúde pública, valendo-

se de fontes primárias no Município de Itajaí e bibliografias complementares. Em seguida, apresenta-se as **políticas públicas de saúde no Brasil**, tomando-se como referencial a bibliografia acessível pelo autor. O material bibliográfico coletado compõe-se das diretrizes básicas governamentais em âmbito federal e em nível de Estado e Município. Procura-se obedecer à orientação sincrônica a partir do Brasil República, mas contextualizando no tempo¹ e no modo de produção capitalista. Este último, deliberadamente, é considerado, neste trabalho, o gerador das contradições históricas percebidas no espaço sociodemográfico objeto deste estudo. Neste capítulo, por outro lado, os níveis de responsabilidade quanto à saúde imbricam-se quanto à divisão político-administrativa: Estado-Nação, Estado-Membro e o Município. Para proceder a revisão histórico-descritiva, o autor assinala os aspectos principais de cada momento histórico, seguindo uma cronologia ascendente de datas.

Finalmente, rastreia-se teoricamente a formação, a implementação e a consistência da **Enfermagem no Brasil** no âmbito da nação brasileira. Nesta seção, a literatura crítica tem como horizonte determinante os fundamentos da epidemiologia. Encerra-se o capítulo com uma **reflexão** em que o autor revê alguns conceitos históricos praticados na Enfermagem. Nesta reflexão pondera-se também que a “assistência de Enfermagem” deve ser fundamentada na competência, na humanização e na perspectiva ética.

O capítulo 2 - DA ESTÓRIA EM CENA - descreve os passos do desenho operacional referidos na metodologia. Para dar mais vivacidade ao tema, o autor divide o capítulo em cinco atos (Conhecendo e deixando-se conhecer, Condições de vida e reprodução social, Apresentando resultados e caminhando juntos, A força da luta: resgatando a cidadania, Revendo o “velho” e discutindo o “novo”: tudo em movimento) nos quais são descritos o processo de inserção e aceitação na comunidade, o levantamento de dados e a constituição de um acervo informativo, o planejamento e a execução de ações conjuntas, a constituição da idéia de união e o resgate da cidadania. Este capítulo conclui com a **reflexão**

¹ Tempo entende-se as medidas políticas na área de saúde implementadas entre momentos históricos

sobre as estratégias e ações implementadas no bairro Nossa Senhora das Graças, bem como do processo teórico-pedagógico do profissional da área de saúde.

Tal qual um mosaico, a dissertação encerra a argumentação da “enfermagem na comunidade” com o título “**Considerações e contribuições do estudo**”. Utilizando o método histórico-descritivo com abordagem diacrônica, o autor reflete sobre o processo de implementação da enfermagem no bairro Nossa Senhora das Graças. Ao mesmo tempo resgata o papel do cidadão como ator na transformação social e na garantia e manutenção de direitos à saúde, através da enfermagem socialmente qualificada.

1.2 O REFERENCIAL METODOLOGICO

O desenho operacional é representado por cinco etapas interligadas através de ações que se desenvolvem de forma contínua e interrelacionadas.

Estas etapas refletem a prática do trabalho desenvolvido no Bairro Nossa Senhora das Graças onde mostra a sistematização do caminhar do Enfermeiro profissional dentro da comunidade.

A primeira etapa consiste na aproximação da comunidade onde , buscamos a interação com esta, num processo dialético de conhecer e deixar-se conhecer. Definindo e aplicando os pressupostos básicos como guia na condução de nossos objetivos.

A segunda etapa é estruturada a partir da necessidade sentida do Enfermeiro de mudar sua prática, e isto somente se viabilizaria com a instrumentalização através da Epidemiologia. Assim é encaminhado o reconhecimento da realidade do Bairro, destacando as condições de vida e reprodução social.

De posse das informações da segunda etapa, é estruturada a terceira, que consiste em debater com a comunidade os resultados encontrados e, juntamente com estes, buscar as soluções para os problemas detectados pelo diagnóstico, bem como outros apresentados pela comunidade. O diálogo é enfatizado como fundamental na continuidade do trabalho, permitindo o caminhar juntos do Profissional Enfermeiro e comunidade através de grupos de interesse.

A Quarta etapa é o momento de sustentar teoricamente a história que inclusive oferece algumas razões para a estória. A força de luta: resgatando a cidadania é buscada na história do Bairro, visando a compreensão de sua origem, formação, inserção e manutenção enquanto favela. É nesta etapa que vivemos a busca da compreensão e do desenvolvimento do conceito de cidadania, colaborando na formação da associação de moradores, grupos de interesses e a outras formas de organização comunitária.

A quinta etapa é repensando o feito, o momento de rever o velho e discutir o novo, preocupado na continuidade do trabalho e na evolução do mesmo. A avaliação das ações desenvolvidas possibilita as correções do caminho trilhado, e poder percorrer novos caminhos.

Estas etapas estão todas interligadas num processo dialético, que sugere movimento e reflexão contínua. É um ir e vir contínuo entre a prática e a teoria promovendo uma avaliação permanente das ações desenvolvidas.

1.2.1 Desenho operacional do marco conceitual

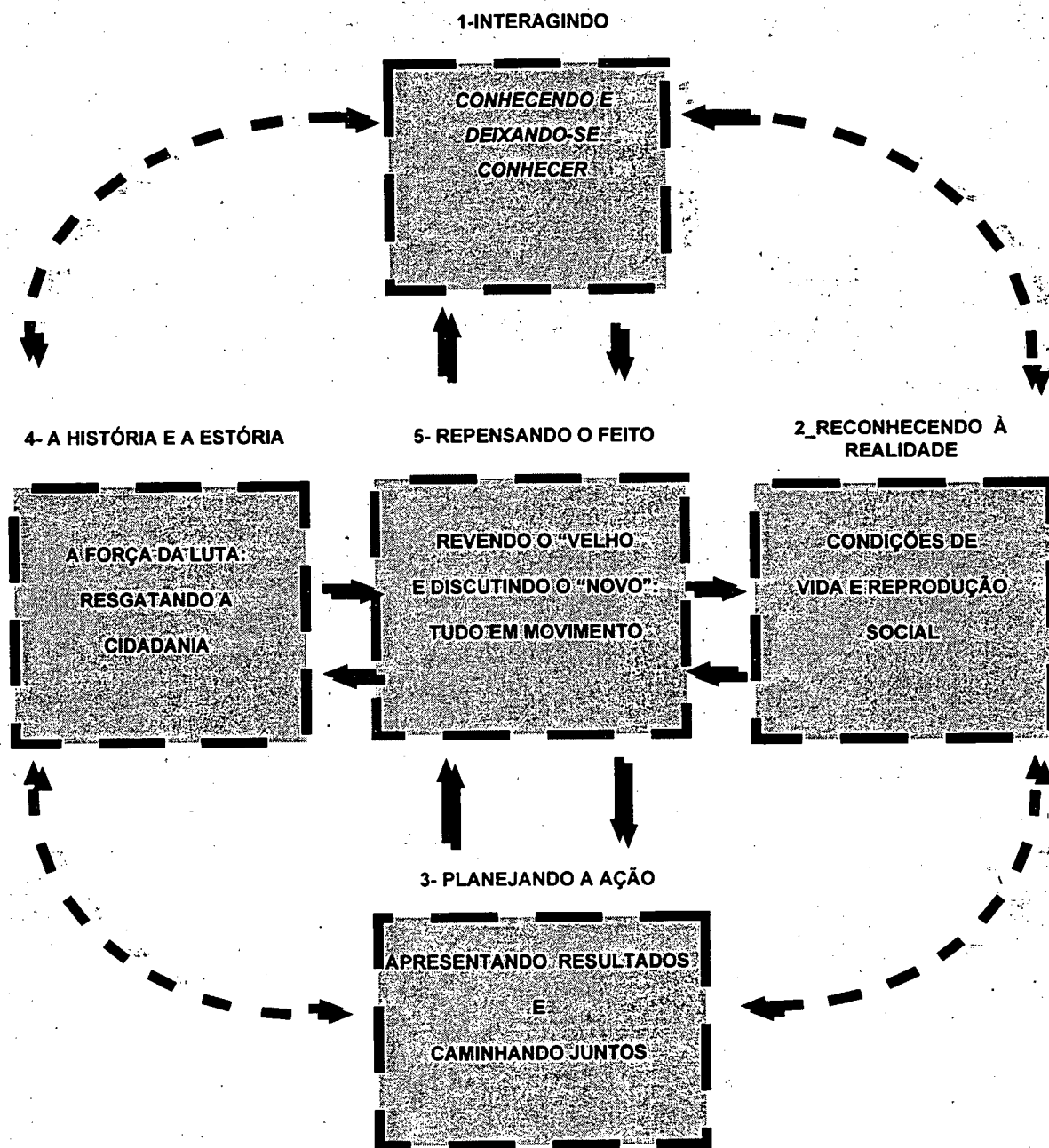


Fig. 1 - Desenho operacional do marco conceitual. Modelo desenhado a partir de Carraro (1994, P.35).

Segundo se interpreta de Minayo (1992), este estudo pode ser qualificado do tipo exploratório. Para esta autora, um estudo exploratório deve ser dividido nas seguintes etapas: a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo. Além disto, os resultados encontrados num estudo exploratório são descritos e comentados com base no marco teórico-conceitual.

Além da proposta metodológica de Minayo, a literatura identifica, entre outros, a proposta de Boterf (1987) e Facchini (1994). A proposta destes autores tem as seguintes fases: a primeira fase consiste na montagem institucional e metodológica da pesquisa; a segunda fase faz o estudo preliminar e provisório da região e da população envolvida; a identificação da estrutura social da população; o conhecimento do ponto de vista dos indivíduos e dos grupos das regiões envolvidas, bem como dos principais eventos de sua história; o recenseamento dos dados sócio-econômicos e tecnológicos, utilizando para isso indicadores apropriados; já a terceira fase procura analisar os problemas que a população considera prioritários e que os seus membros (organizados em grupos) desejam estudar e resolver; a quarta fase consiste na programação e na aplicação de um plano de ação (incluindo atividades educacionais) que contribua para a solução dos problemas encontrados (Boterf, 1987, p. 53).

Embora diferenciadas quanto à terminologia, entende-se que elas são complementares para este estudo exploratório.

1.3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

1.3.1 O BAIRRO NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

1.3.1.1 O surgimento

O Bairro Nossa Senhora das Graças vem se formando desde 1908, iniciando-se com a instalação nessa localidade do Matadouro Público de Suínos e Bovinos, do qual se originou a atual designação de *Matadouro*. “No ano de 1907, foi eleito prefeito municipal de Itajaí, Samuel Heusi, imigrante suíço. Foi ele quem fundou o nosso Matadouro. Ele fez uma ruazinha saída da rua Brusque até o final onde é o Matadouro. Ali tinha uma planície rodeada de morros, uma cachoeira muito linda que dava água para todo o bairro. Ele ali fez o Matadouro” (Hickeinbick, 1993, p.14).

A criação desse abatedouro gerou muitos problemas ambientais devido à putrefação dos resíduos sólidos e líquidos e ao mau cheiro dele proveniente. Já em 1912, o Matadouro recebia críticas quanto à má fama e ao desprezo a que estava submetido, bem como à dificuldade de recuperar-se. Em *O PHAROL* de 23/06/1912, vê-se que a população reclamava deste estado de coisas: “pedem-nos para chamarmos atenção a quem de direito a fim de lançar suas vistas ao gado que é abatido no matadouro público”.

Com a desvalorização da área em virtude dos problemas ambientais, os prefeitos utilizaram o bairro para o assentamento de famílias provenientes do Planalto Serrano. Até a década de trinta, a ocupação foi lenta. A ocupação dessa área, no entanto, alcança o seu fastígio após a Segunda Guerra, aumentando o número de moradores do bairro, com as consequências médico-assistenciais próprias de uma ocupação com este perfil.

Segundo a mesma autora Hickeinbick (1993, p. 16) “o trabalho de assistência aos menos favorecidos da comunidade iniciou com o movimento **filhas**

de Maria, que ministrava catequese nos próprios casebres, à sombra das árvores, ao ar livre por falta de espaço”.

1.3.1.2 A consolidação do bairro

Em 1950, foi inaugurada a Capela Nossa Senhora das Graças, em terreno doado pelo Prefeito Sr. Paulo Bauer. Estimulado pelo sucesso do trabalho comunitário, o mesmo grupo partiu para a solicitação de um terreno para a construção de uma escola - **Escola Irmã Anchieta** - inaugurada em 1952 e, em 1969, passou a se denominar **Escola Carlos de Paula Seara**, em homenagem ao Prefeito da época.

Com as crises sociais e políticas dos anos que marcaram os anos 50 no Brasil e a construção de tronco ferroviário Itajaí - Blumenau no ano de 1954, a década de sessenta foi marcada pelo incremento do êxodo rural e aumento das populações pobres que vinham do Planalto Serrano e do Alto Vale do Itajaí em busca de vida melhor no litoral. As terras laterais da Estrada de Ferro foram invadidas, surgindo a **FAVELA DO MATADOURO**.

Em 1961, instalaram-se no Bairro os padres Salesianos: “esta fundação precedeu-se por uma presença espontânea e amiga do Sr. Minella, irmão Salesiano que vinha do Colégio Salesiano até o bairro. Começou cativando crianças e jovens com bola e um jogo de camisetas. Trabalho fundamental e importante que abriu caminho para entrada e presença dos Salesianos no Bairro Bom Bosco, mais especificamente junto ao **MATADOURO**” (id. ibid.).

1.3.1.3 O favelamento

A situação veio a se agravar na década de 70 com a falência das indústrias extratoras de madeira e o aumento do êxodo dos moradores do Planalto Serrano para o litoral. Nos discursos políticos da época, esta situação fica bem evidenciada. O Sr. Lito Seara, que por duas oportunidades governou a cidade de Itajaí, cita que: “Eu governei até sessenta e passei o governo para o Sr. Eduardo Solon Canziani. No governo do seu Solon, ele, com sua bondade não fez um

plano, um loteamento. Mas vinha chegando gente, com o desenvolvimento de Itajaí ele ia mandando para lá. E foi dando um pedaço aqui, um pedaço ali. Toda essa propriedade, desde o Matadouro até a rua Brusque era do município, mas aquela parte de lá eles foram botando gente a torto e a direito. Até o meu governo o Matadouro não era povoado. Em 1965 eu volto novamente a ser prefeito. O primeiro ato meu foi proibir que as pessoas fossem para lá” (Hickenbick, 1993, p.17).

Entre 1970 e 1973, foram doados títulos de posse de terra a moradores do Bairro através do Instituto de Reforma Agrária de Santa Catarina (IRASC), visando à melhoria da configuração urbana do bairro (id., p. 12).

No final da década de 70, ocorreu a desativação da estrada de ferro e foi planejada a construção de uma rodovia, utilizando o antigo trajeto dessa ferrovia.

Após levantamento realizado na comunidade para conhecer a realidade sócio-econômica dos moradores e as condições de habitação, foi elaborado em 1977 o *Projeto Embrião*, que visava ao “desfavelamento do bairro MATADOURO, proporcionando melhores condições de habitação àquelas famílias, transferindo-as para uma área com infra-estrutura adequada”. (Jornal do Povo, 27/08/1980, apud Hickenbick, 1993, p.20).

No início da década de 80, ocorreu a transferência de 120 (cento e vinte) famílias que residiam às margens da estrada de ferro para o Loteamento Pró-morar I e que, após a enchente de 1983, retornaram em grande número para o morro, com receio de outra enchente e outros fatores, entre os quais pode-se citar os seguintes: rompimento brusco das relações culturais e de amizades construídas, não participação comunitária na decisão de remoção e falta de infra-estrutura prometida no projeto inicial.

Tive oportunidade de trabalhar como voluntário junto com outros alunos da UFSC e do Curso de Especialização de Saúde Pública na enchente de 1983. Nosso trabalho centralizou-se na orientação das famílias ao retorno às suas residências nas áreas críticas da cidade. O Pró-Morar ficou submerso e o meu maior susto foi quando entrei nas casas e estas não dispunham de forro, paredes divisórias, pisos e reboco. Constatei que as casas só tinham as paredes externas

sem as divisões internas, isto é, fizeram a “casca” e deixaram o “miolo” sem nenhum acabamento, exceto a primeira casa, inaugurada com todas as pompas políticas e na qual entraram a televisão e os jornais.

Outras tentativas de remoção foram efetuadas na década de 80, como Pró-Morar II, Pró-Morar III e Rio Bonito. Em 1986, um novo loteamento surgiu, mas em terreno dos Padres Salesianos dentro do bairro. Os moradores, por serem devotos de Nossa Senhora das Graças e visando evitar a discriminação da cidade em relação aos moradores do Matadouro, exigiram a adoção do nome Nossa Senhora das Graças. O topônimo *Matadouro* adquiriu, na cidade, uma relação com a violência e com a marginalidade que compõem o cotidiano das comunidades de classe baixa, contribuindo para o aumento da discriminação e da exclusão social. Segundo relato de moradores, bastava dizer que morava no Matadouro para ser rejeitado na aspiração ao trabalho ou a outros serviços. Ainda hoje permanece o conceito de que todos os que moram no Bairro Matadouro são traficantes, malandros ou ladrões, quando trata-se de uma favela historicamente formada por excluídos e que a cidade pouco ou nada tem feito para resolver concretamente seus problemas. Problemas estes que vêm se agravando.

O tema deste estudo sobre a experiência de inserção do autor desta dissertação na comunidade no período de 1993 a 1997 é restrito ao Bairro Nossa Senhora das Graças/Itajaí/SC. Para conhecer esta realidade histórica, a pergunta que melhor define o problema é: ***quais as características históricas do Bairro Nossa Senhora das Graças e o processo de inserção de um enfermeiro na perspectiva de se desenvolver uma nova metodologia de Enfermagem comunitária?***

1.4 A DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E DOS OBJETIVOS

A definição do problema e dos objetivos desta dissertação tem como base que um problema é uma dificuldade, ainda sem solução, que é mister determiná-lo com precisão, para tentar, em seguida, o exame, a avaliação, a crítica e a solução (Asti Vera 1979, p. 97). Por outro lado, segundo a mesma autora, o objeto de uma

pesquisa pode surgir de circunstâncias pessoais ou profissionais, da experiência científica própria ou alheia, da sugestão proveniente de uma personalidade superior, do estudo da própria cultura, da leitura de grandes obras.

Já para Limoeiro Cardoso (1978, p. 26) o objeto é

“o mundo a nossa volta, fora da nossa consciência enquanto nós próprios estamos dentro dele, aparece como um desafio que o nosso conhecimento se faz em relação a ele. As evidências a indicarem que o mundo real aí está como objeto à mostra, passível de ser compreendido através delas mesmas. Quanto mais o conhecemos, todavia, e quanto mais conhecemos que o conhecemos - pela ciência e sua história - mais claro se torna, embora não seja evidente, que não é mundo como tal que se constitui no objeto do nosso conhecimento, que ele não se mostra, que as evidências são sistematicamente enganadoras. E que, como consequência, o conhecimento não é absoluto e que a verdade que ele nos dá é sempre uma verdade aproximada”.

Com estes dois argumentos, o objeto ou universo que dá origem aos nossos interesse é a vida em comunidade e sua forma de organização social. Decorrendo daí o problema que justifica o estudo que está sendo descrito, que se configura como sendo a concepção da assistência de Enfermagem em comunidade e, sobre ele, nos comprometemos a responder a seguinte pergunta: **quais as características históricas do Bairro Nossa Senhora das Graças e o processo de inserção de um enfermeiro na perspectiva de se desenvolver uma nova metodologia de Enfermagem comunitária?**

Com este compromisso assumido, definimos o objetivo como sendo: **relatar a história de intervenção da Enfermagem na comunidade, num contexto de formação histórica do Bairro Nossa Senhora das Graças, como referenciais teóricos que sugerem uma concepção para a assistência em Enfermagem comunitária.**

Justifica-se a presença do contexto histórico, pois ele possibilita apreender as causas da ocupação do espaço territorial e suas estratégias de preservação do

espaço conquistado e implantação dos recursos de saúde e educação. A categoria “história” é ressaltada neste estudo exploratório por entender que ela exerce fortes influências nas decisões estratégicas.

A história permite, ainda, que ao registrar os componentes da assistência de Enfermagem no seu processo de aproximação, interação e cuidado, possam fortalecer e/ou redimensionar conceitos de assistência de Enfermagem.

1.5 O TÓPICO DE INVESTIGAÇÃO

Minayo (1992, p. 17) define pesquisa:

“como a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos”.

Com este suporte teórico, e no desempenho de minhas funções de enfermeiro no Posto de Saúde Dom Bosco, intencionava resgatar alguns pressupostos teórico-ideológicos adquiridos ao longo da última década e meia de participação política e atuação na área de Enfermagem comunitária. Neste sentido, dediquei meus esforços em três áreas prioritárias: a) interação e conhecimento da comunidade, b) melhoria das condições de infra-estrutura do Posto, precárias ainda hoje, c) melhoria da assistência de Enfermagem. Estes esforços e estas melhorias consistiram em desvincular a assistência de Enfermagem da assistência médico-odontológica. Como consequência, a Enfermagem assumiu suas áreas de atuação específica e resgatou o respeito profissional e confiança, estabelecendo uma interação efetiva com a comunidade.

Três componentes foram fundamentais para a mudança da minha ação junto à comunidade do Bairro Nossa Senhora das Graças: a primeira foi o Curso de Especialização em Epidemiologia, cujo referencial teórico permitiu-me elaborar e executar um diagnóstico da saúde da comunidade. Este diagnóstico foi importante porque supriu a lacuna da falta de informações sobre a população e as condições de vida dos moradores; a segunda, decorreu do fato de ter assumido a Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva, e implementado o supervisionado da UNIVALI, no Posto de Saúde Bom Bosco. Neste processo, ressalta-se a participação dos acadêmicos na coleta de informação; o terceiro componente resultou da realização do mestrado, o qual permitiu ampliar a base teórica das minhas convicções e minhas práticas enquanto enfermeiro assistencial.

Desta forma, pode-se afirmar que este projeto de dissertação é fruto de um processo de amadurecimento em que se conjuga a prática político-profissional com a teoria. Portanto, o projeto de dissertação de mestrado representa uma parte deste caminhar. Isto porque o projeto é uma oportunidade para cumprir na prática um compromisso comigo mesmo e com o mestrado, ou seja: oferecer subsídios para um novo olhar à Enfermagem Comunitária e a Educação em Enfermagem.

1.6 A CONSTRUÇÃO DO MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Buscar os componentes teóricos que fundamentam a prática assistencial que desenvolvo, faz parte do processo de atribuir coerência entre o discurso e a prática como homem, cidadão e profissional. Isto ocorre porque tenho pautado o discurso em torno da transformação pessoal e do trabalho, com reflexões sobre as questões da igualdade de direitos e a universalidade de oportunidades com vistas à cidadania. Na prática, não sei se posso assegurar uma real equivalência com o discurso, pois estabelecer relações coerentes entre o pensar e o fazer, ainda é um exercício que precisa ser fortalecido todos os dias, para evitar as controvérsias que se constituem em emboscadas para qualquer profissional que procura estar coletivamente inserido.

Entendo que o marco conceitual desta dissertação deverá possibilitar o registro de uma história, pois o local do estudo (Bairro Nossa Senhora das Graças/Matadouro) é parte da minha vida, é um fluxo de ir e vir, de sonho e realidade, de um movimento em que em as teorias são requeridas como práxis. Afinal, minha opção nos dois primeiros anos foi a de interagir com a comunidade e me fazer conhecer e conquistar a confiança desta, por meio do cuidado de Enfermagem, principalmente o prestado às crianças.

De modo complementar, foi durante o Curso de Especialização em Epidemiologia que, mais claramente, passei a valorizar esse instrumental teórico para detectar a realidade e, de posse de um diagnóstico, "intervir" e administrar as ações de saúde do Posto. Além disso, o compartilhar estas informações com a comunidade foi colocado em prática, tornando-me um elemento mobilizador na busca de alternativas ao processo de intervenção na realidade.

Gradativamente senti minhas convicções fortalecidas e fui buscando o aprofundamento teórico, à medida em que selecionava meus estudos complementares às Disciplinas do Mestrado em Assistência de Enfermagem. Era um diálogo entre o passado e o presente e sentia cada vez mais a necessidade de estudar, construir um caminho com um referencial rumo a uma práxis que representasse a diferença no modo de viver, particularmente o profissional.

Marx apud Piettre (1969, p.43), "as relações sociais são inteiramente ligadas às formas produtoras. Adquirindo novas forças produtivas, os homens modificam seu modo de produção e, ao modificarem seu modo de produção, a maneira de ganhar a vida, modificam todas as relações sociais".

Sabe-se que estas relações sociais evoluem e não ficam paradas no tempo, mas para Marx isto somente é possível segundo a dialética das forças, uma luta contínua e permanente de classes sociais. Assim, coloca que para haver uma classe de emancipação, tem que haver um classe de servidão . Marx e Engel estruturaram a história da humanidade numa série de lutas de classes, fazendo uma simplificação da história e da própria noção de classe sociais.

Para Minayo (1992), a obra de Marx avança por ser coerente e trazer a totalidade como princípio básico de sua contribuição a metodologia de investigação científica.

Este princípio coloca que na natureza tudo está relacionado e tem uma conexão, tem uma visão geral do processo sem deixar de valorizar as partes que compõem este todo. Assim fracionar, isolar, dividir em partes estanques, é não querer entender o objeto ou fenômeno, já que seu significado está expresso justamente nas relações contraditórias existentes nas partes que compõem o todo.

A totalidade precisa ser utilizada sempre integrada com as demais leis da dialética, nunca em separado. O materialismo histórico está fundamentado em dois conceitos que, para Minayo, estão repletos de totalidade, que são o modo de produção e a formação social.

Para Fioravante apud Minayo (1992, p.67), modo de produção é "a) uma estrutura global formada por estruturas regionais (ou instâncias), ou seja, uma estrutura jurídica - política, uma estrutura ideológica, b) uma estrutura global na qual existe sempre uma estrutura regional que domina as demais. Esta dominância de qualquer uma das instâncias se dá historicamente; c) uma estrutura global na qual é sempre o nível econômico que determina as outras instâncias".

O mesmo autor diz que a formação social se "constitui numa unidade complexa de articulação de várias instâncias de organização social que pode conter vários modos de produção, entre os quais um é dominante e determina os outros. É dentro do conceito abrangente de formação social que podemos analisar, numa determinada sociedade, o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção; as classes sociais básicas e a luta de classes; a divisão do trabalho; as formas de produção, circulação e consumo de bens; a população; as migrações; o Estado; o desenvolvimento da sociedade civil; as relações nacionais e internacionais de comércio, de produção e de dominação; as formas de consciência real e possível dos diferentes grupos sociais e por fim o modo de vida".

"O homem sempre viveu em sociedade, isto é, se ele sempre foi homem social, isto significa que o indivíduo sempre teve como meio a sociedade. E se a

sociedade sempre foi o meio em que viveu o indivíduo; o indivíduo se desenvolve segundo a natureza do meio da sociedade”(Bukharin, 1970, p.104).

O homem é um ser social, mas individualmente também interfere na história a partir do momento que a faz. Considero importante colocar que esta interferência não se estabelece somente pela sua vontade e sim, é fortemente determinada por condições exteriores, que são as condições de família, de grupo, de profissão, de classe, de uma sociedade em determinado momento.

Para entender o que é sociedade se faz necessário, previamente, analisar-se quais as relações que são estabelecidas entre os homens. Assim, a sociedade é um sistema onde ocorre um processo contínuo de uma ação recíproca entre as partes que o compõe.

Bukharin (1970: 95) faz diversas afirmações sobre a complexidade das relações mútuas que determinam a sociedade e nos faz as seguintes perguntas: Como se estabelece o equilíbrio deste sistema? Qual é o tipo principal da ligação social, tipo sem o qual todos os outros não poderiam existir? Ele mesmo nos dá a resposta dizendo que “O laço essencial é o trabalho, que se exprime, antes de tudo, no trabalho social e no trabalho consciente ou inconsciente de um homem em proveito do outro”.

Assim, o conceito de sociedade fica como sendo “o mais vasto sistema de homens agindo uns sobre os outros, sistema que engloba todas as relações duráveis e que se baseia sobre as relações que derivam do trabalho”(IBIDEM,p.96).

Segundo Laurell, o processo saúde-doença “é um modo específico pelo qual ocorre nos grupos o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com consequência para o desenvolvimento regular das atitudes cotidianas, isto é, o surgimento da doença”.

Esta concepção da saúde-doença considera o homem em sua totalidade, indivisível, onde não se vê apenas um desequilíbrio de um estado ideal, mas sim um homem contextualizado historicamente, inserido numa estrutura social onde se modifica, de acordo com os meios e o modo de produção e as formas de consumir, que são inerentes ao processo de transformação da natureza. “Este homem deve ser entendido como ser histórico, que se modifica através do tempo, de acordo com as transformações ocorridas, na sua forma de relacionar com a sociedade neste processo”. (Fonseca, 1994, p.27).

O conceito de causa está baseado no paradigma positivista, considerando que a causa é capaz de levar sempre ao mesmo estado de doença e em diferentes situações, enquanto a noção de determinação considera uma relação dialética entre dois fenômenos que em situações diferentes não puderam ser reproduzidas.

Dentro desta abordagem, o “processo saúde-doença admite que a relação entre as formas de organização social (estrutura das forças produtivas e das relações de produção) com os processos de produção e consumo (reprodução social de cada classe social) com as condições específicas de cada pessoa no cotidiano”. (Ibidem, p. 27).

Breilh (1991, p.54) coloca que “dependendo da relação estabelecida dialeticamente entre produção e consumo, resultará um certo perfil de trabalho e reposição que determinará um perfil epidemiológico, que se transforma com o tempo, estando sujeito às leis de determinação histórica.

Portanto, um dos suportes para apreender o processo saúde e doença e sua determinação histórica tem sido a Epidemiologia. Entendida aqui na concepção de Rouquayrol (1988 p. 07) como “a ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de

doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde

Assim, a epidemiologia tem um papel preponderante na definição de problemas de saúde em comunidades, buscando definir os fatores de risco individuais e sociais e avaliando as ações de saúde para a solução dos graves problemas das comunidades (Facchini, 1994, p. 4).

O mesmo autor coloca, ainda, que a prática da epidemiologia em serviços de medicina comunitária altera a postura positivista da unicausalidade da prática dos serviços, devido às seguintes características:

- “1- Centrar o fenômeno da doença na família, no grupo social, na comunidade e não só no indivíduo;
- 2- Proporcionar atenção continuada e estruturada para a população (ou a demanda potencial);
- 3- Identificar grupos vulneráveis ou de risco para prevenção, diagnóstico precoce e o tratamento eficaz;
- 4- Controlar a qualidade dos cuidados prestados e o impacto dos serviços na saúde da população” (Ibidem, p. 4).

Outro aspecto fundamental, do ponto de vista epidemiológico, é o território. É onde que se realiza a vida e se estabelece a relação dialética do processo saúde-doença. Este espaço não é estático, é historicamente estruturado . É nele que se expressam as condições benéficas e destrutivas da organização social (Fonseca, 1994).

Observa-se então que a “qualidade de vida determina e especifica a saúde, constituindo, por isso, o ponto chave da análise epidemiológica”(Ibidem, p. 28). Assim, a qualidade de vida será melhor, quando uma sociedade tiver resolvido suas contradições de reprodução social.

Considero importante para uma reflexão da prática de Enfermagem, entender os determinantes históricos que influenciaram a trajetória desta profissão, trajetória esta que foi marcada por adoção de modelos da prática médica e de assistência individual e curativa - hospitalar, atendendo aos interesses das empresas da doença.

Hoje, com o advento do SUS, depara-se com um realidade não muito diferente da encontrada no início da nossa profissão. Apesar do vasto mercado de trabalho que se abriu para a Enfermagem preventiva ou de saúde pública, os enfermeiros ainda defendem conceitos positivistas e individuais de saúde, negando contribuições importantes de outras áreas do saber, como das ciências sociais, geografia e física.

Negar-se a abrir seus olhos para confrontar-se como uma perspectiva de trabalho multi-disciplinar é negar o presente e o futuro, perder o próprio passado. É neste contexto que a Epidemiologia, em minha concepção, se constituiu em um componente decisivo no processo de trabalho da Enfermagem.

Vê-se, então, que o trabalho do enfermeiro tem variado entre ações individuais na assistência ao indivíduo doente às ações coletivas nos determinantes sociais do processo saúde doença. Assim, portanto, há necessidade de que os enfermeiros revejam as concepções acerca da profissão que exercem e, mais, como é percebida e aceita na sociedade como um todo e quais os distintos suportes científicos - tecnológicos que a apoiam .

Dentro desta concepção, segundo Souza & Prado (1993, p. 97), o uso da epidemiologia como referencial remete a duas questões para debate:

- “1- relativa à concepção do objeto de assistência;
- 2- a concepção da própria assistência, refletida pelo processo de trabalho e suas relações no contexto das práticas de saúde, desvelando, inclusive, um potencial mercado de trabalho”.

Concordo com a colocação de que, para o profissional determinar a concepção do objeto da Enfermagem, é necessário conhecer a realidade na qual ela está inserida e o próprio sujeito de suas ações, enquanto profissional e cidadão.

"Visa-se, com isso, desvelar o cotidiano para o qual deve ser dirigida, prioritariamente, a intervenção de Enfermagem, tanto do ponto de vista preventivo quanto curativo, coletivo ou individual, indicando assim um modelo de assistência de Enfermagem capaz de responder ao requerido pela sociedade e pela própria transformação da realidade. Portanto, a concepção do objeto da Enfermagem, à luz da Epidemiologia (usos referidos por Dever, 1988), contribui para reunir, classificar e sistematizar conhecimentos no diagnóstico, na tomada de decisões e no plano de assistências de Enfermagem".(Ibidem, p.97).

Assim, faz-se necessário a discussão sobre o papel da saúde coletiva e do trabalho da Enfermagem Comunitária como instrumento do trabalho coletivo para a transformação da realidade e inserida num contexto mais amplo.

Para Breilh (1991, p.128), "a saúde coletiva surge como um termo vinculado a um esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade que é o objeto da ação, dos métodos para estudar essa realidade e das formas de **praxis** que requerem".

Coloca-se, neste momento, a importância da aproximação da realidade e interpretação da realidade objetiva.

Breilh (1991, p. 207) coloca que o perfil epidemiológico de uma sociedade em um dado momento está vinculado ao padrão de qualidade de consumo, resultante de um perfil de trabalho e reposição que, por sua vez, determina as características do processo saúde-doença desta sociedade .

A Enfermagem em saúde coletiva precisa compreender que a reprodução social tem como eixo a relação dialética existente entre produção e consumo e considerar o território onde se estabelece esta relação.

Fonseca (1994, p.27) coloca que o "território onde se realiza a vida e se geram os transtornos de saúde não é apenas um espaço estático que opera como um imenso suporte para a vida social. Pelo contrário, é um espaço historicamente

estruturado onde se expressam as condições benéficas e destrutivas da organização social”.

“Assim, do ponto de vista de uma sociedade ou de um grupo social a qualidade de vida é melhor, quanto mais adequadas sejam as condições de reprodução social para os processos vitais e a acumulação genética de vantagens biológicas”.(Breilh).

Vemos, assim, a necessidade de uma luta conjunta no sentido da conquista da cidadania. Na área da saúde coletiva e de Enfermagem comunitária, no entender de Garrafa (1994, p.58), “há necessidade de ser radical nas exigências e no cumprimento da lei e na participação efetiva no conjunto das lutas, adaptando o conceito de liberdade ao princípio da responsabilidade científica social”.

Concordamos com Wendhausen & Brodersen (1994, p. 1) ao referirem que “ a cidadania , garantida constitucionalmente, se objetiva a partir de um processo que se dá no interior da prática social e política das classes”.

Assim, a cidadania se constitui numa construção social, na qual buscamos a conquista de uma consciência política e social e, assim, o indivíduo ocupa o seu lugar de sujeito da ação transformadora.

A cidadania como processo coletivo se dá na sociedade que é o espaço organizado pelo homem, inserido num contexto histórico-político, com sistema de produção e valores que caracterizam temporariamente a vida e o conjunto das pessoas.

A cidadania plena, como afirma Goulart (1993), se viabiliza na sociedade num processo histórico de conquista , tendo o território como um dos focos das lutas em direção as conquistas sociais.

Portanto faz-se necessário a busca de uma nova ordem social rumo à cidadania, na qual as classes sociais menos favorecidas tenham acesso aos meios de produção e possam também, neste extrato social, serem agentes de suas próprias mudanças.

A construção de um projeto político de mudança deve estar articulada às práticas profissionais, observando pressupostos que busquem a transformação;

assim, a construção deste projeto coletivo se dará no conjunto das práticas sociais e estará comprometido com as necessidades coletivas e individuais dos cidadãos.

Esta prática profissional com esta perspectiva deve ser humana, competente, responsável, livre de risco e, principalmente, comprometida com a qualidade de vida e estabelecer-se no diálogo.

Para Freire(1983), diálogo é o caminho indispensável, tornando-se uma relação horizontal de A com B, do qual nasce uma matriz crítica e geradora de criticidade, sendo que somente o diálogo comunica.

Ainda segundo Freire (1983, p.69), “é no diálogo que nos opomos ao anti-diálogo tão entranhado em formação histórica-cultural, tão presente e, ao mesmo tempo , tão antagônico”.

De acordo com Lorieri (1993, p.8), o diálogo possui os seguintes pressupostos: 1. “Apreende-se a respeitar os pontos de vista dos outros; 2. Apreende-se a respeitar que o próprio ponto de vista tem o mesmo valor e peso dos outros; 3. Apreende-se a respeitar as regras combinadas; 4. Apreende-se que regras podem ser discutidas e modificadas, mas que são necessárias para a vida em comum; 5. Apreende-se que todos somos iguais e igualmente dignos de respeito”.

Assim está posto o grande desafio que é a busca da transformação dos conceitos, não somente na saúde coletiva e Enfermagem e, sim, em todas as áreas do conhecimento, na conquista da cidadania e resgate dos princípios básicos para a efetiva construção de um sistema universal, igualitário e de qualidade para a população.

Consideremos, por outro lado, que a proposta de cursar o mestrado e nele produzir uma dissertação sobre minha prática profissional por si só representava um compromisso ético. Para Minayo (1992, p. 92) “a relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa a teoria que por sua vez a antecede, permite percebê-la, dar conta dela, fazendo-a distinta, num processo sem fim de distanciamento e aproximação”. É com esta lógica de valores e princípios, que nos quatro anos que trabalho na comunidade venho desenvolvendo o diálogo e a interação conforme as situações se apresentavam,

buscando preservar os compromissos éticos profissionais, respeitando os direitos do cidadão como princípio básico.

Destaco a seguir, a dedução de alguns conceitos explicitados no conteúdo já apresentado e que foram escolhidos para subsidiar o presente estudo.

Espaço Territorial, Saúde, Educação, Aproximação, Interação, Cuidado de Enfermagem, Movimentos, Comunidade, Cidadania , Trabalho, Participação Popular e Diálogo.

ESPAÇO TERRITORIAL - área geográfica em que um conjunto de pessoas compartilha o poder político-social e a própria vida.

SAÚDE / DOENÇA: "Por processo saúde-doença da coletividade entendemos o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares, a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença". (LAURELL apud BARATA,1990, p.24).

MOVIMENTOS : É um conjunto de ações articuladas e contínuas em busca da evolução, a partir dos fatos reavaliados à luz da realidade concreta, das circunstâncias sócio-histórica e políticas, das crenças e valores vigentes.

ENFERMEIRO: ser histórico, com habilitação específica, contando com suporte ético-legal, que articula as transformações no processo saúde-doença individual e coletivo.

ENFERMAGEM: é a ciência e a arte manifesta como prática social, que articula transformações no processo saúde e doença do homem e da sociedade através do cuidado.

CUIDADO DE ENFERMAGEM: interação com seres humanos, desenvolvendo ações específicas de Enfermagem ou intermediando ações de

outras práticas sociais, num contexto histórico e educativo, que visa a transformação do processo saúde e doença e da sociedade.

EDUCAÇÃO: é o processo de reflexão (pensar sobre o dito, pensado, escrito e vivido) com o homem sobre a sua realidade ao nível individual e coletivo, visando a transformação evolutiva do Ser e da Sociedade.

CULTURA: “Forma comum e aprendida da vida, que compartilham os membros de uma sociedade e que consta da totalidade dos instrumentos, técnicas, instituições, atitudes, crenças, motivações e sistemas de valores que o grupo conhece”. (Foster apud Lakatos, 1995, p.130).

Para Freire , “cultura é tudo que é re-criado e criado pelo homem. Consiste em recriar e não repetir... ...é o processo de transformação do mundo pelo trabalho ... se consubstanciando na criação de um outro mundo; o mundo da cultura que se alonga no mundo da história” (Freire apud Wosny, 1994, p.16).

APROXIMAÇÃO: Ato pensado e planejado visando o contato entre objetos, animais ou pessoas, com vistas a cumprir determinado objetivo.

INTERAÇÃO: “É a ação social, mutuamente orientada, de dois ou mais indivíduos em contato. Sendo a reciprocidade de ações sociais”. (Lakatos, 1995, p.130)

CIDADANIA: “É um processo histórico de conquista popular, através do qual a sociedade adquire, progressivamente, condições de tornar-se sujeito histórico consciente e organizado, com capacidade de conceber e efetivar projeto próprio”(Demo apud Specht, 1994, p. 47).

TRABALHO: “ um processo em que participam o homem e a natureza, processo de que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material... Atuando assim sobre a natureza externa, as

potencialidades nela adormecidas e submete a seu domínio de forças naturais".(Marx apud Soprano, 1995, p. 31).

DIÁLOGO: "troca ou discussão de idéias , de opiniões, de conceitos, com vista à solução de problemas, ao entendimento ou à harmonia".(Aurélio, 1986, p. 585). Para Freire(1983) diálogo é o caminho indispensável, tornando-se uma relação horizontal de A com B, do qual nasce uma matriz crítica e geradora de criticidade, sendo que somente o diálogo comunica

1.7 A DE COLETA DE DADOS E A EXPLORAÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A coleta de dados se constitui nos seguintes passos: 1) observação pessoal e sistemática da inserção na comunidade em que faço um relato das estratégias adotadas e as ações implementadas no cuidado de Enfermagem; 2) diagnóstico da saúde da comunidade - roteiro proposto por Fachinni (anexo 01), utilizando mapeamento das residências e questionários (anexos 02 e 03); 3) discussão de problemas com grupos de interesses e registro dos eventos; 4) resgate da história do bairro, com consulta em documentos disponíveis na área, tais como: relatórios, periódicos, leis, atas, monografias acadêmicas, entre outros.

No que se refere à inserção do pesquisador no bairro, a decisão em adotar esta seqüência de coleta de dados é sustentada pelos estudos relatados por Malinowsky, ao observar que embora exista uma série de fenômeno da maior importância que não pode ser registrado através de perguntas ou de documentos preparados, eles devem ser observados na sua total realidade, pelo pesquisador (Machado,1995, p.20).

Assim é que, além da observação pessoal, parte destes dados foram confirmados com base nas seguintes consultas complementares, sucintamente registradas a seguir e que constam dos anexos nº 04, nº 05, nº 6 como exemplo da atividade.

1 - Consulta aos jornais de circulação no município desde o início do século, no Museu Histórico do município. Este trabalho foi muito importante, mas teve que ser abandonado logo em seguida, dada a vulnerabilidade de conservação destes documentos.

2 - Consulta realizada na Secretaria Municipal do Bem-Estar Social, onde verifiquei os estudos e diagnósticos existentes e elaborados naquela secretaria.

3 - Busca junto à Secretaria Municipal de Saúde, sobre as políticas de saúde implantadas no município, etapas da municipalização, implantação dos serviços no bairro, recursos humanos e físicos, demanda, atendimento prestado que estivessem documentados.

4 - Levantamento dos mapas cartográficos e posterior atualização.

5 - Participação e envolvimento da comunidade quanto à sua própria organização como cidadãos em busca qualidade de vida social.

2 - OS CENÁRIOS DA HISTÓRIA

2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL - UMA PANORÂMICA

2.2.1 Período final do Império e início da República

A saúde pública no Brasil tem suas origens na concepção econômica, privilegiando o modelo agro-exportador e em virtude da necessidade de reprodução da força de trabalho e a captação de mão-de-obra estrangeira, em substituição à mão-de-obra escrava nos cafezais e ocupação do sul do país. Outra origem, ainda com o perfil econômico, tratava-se da liberação dos portos brasileiros das doenças infecto-contagiosas, permitindo o livre acesso dos navios estrangeiros para a exportação do café.

Pode-se dizer que as condições de vida da população eram miseráveis. A população convivia numa situação sanitária preocupante e caótica. Este quadro interferia nas relações comerciais com os países importadores de café e causava grande mortalidade entre a população. Com as mortes, maior era a reposição da mão-de-obra trabalhadora, e com elas eram dificultadas as políticas de ocupação do sul do país.

Este quadro sanitário desfavorável ao país e mais as pressões internas e externas, obrigaram o governo de Rodrigues Alves em 1903, dar início a um amplo programa de obras de saneamento, principalmente nos portos de Santos e Rio de Janeiro e na cidade de São Paulo, por serem responsáveis pela exportação do café.

Neste mesmo ano, outras medidas foram adotadas com objetivo de colaborar com a erradicação e controle das grandes epidemias, por meio do combate à febre amarela e a vacinação obrigatória contra varíola em 1904. A literatura da época registra que:

“As campanhas contra a febre amarela, peste bubônica e varíola, assim como as medidas gerais destinadas à promoção de higiene urbana caracterizavam-se pela utilização de medidas jurídicas impositivas, no que diz respeito à notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância em geral. No seu conjunto não ultrapassam os limites de soluções imediatistas a agudos problemas que, de uma forma ou de outra, poderiam vir a comprometer o desenvolvimento da economia cafeeira, ou então, constituíam, tão somente tentativas de respostas aos quadros epidêmicos calamitosos que ameaçavam a população em geral e por vezes davam motivos a pressões políticas”.
(Braga, 1981.43).

2.2.2 Período republicano até a década de 30

Desde o final do século XVIII e meados do século XIX já se formulavam questões que colocavam a saúde sob responsabilidade das condições de vida da

população. Os “revolucionários”, como eram conhecidos, afirmavam que somente poderiam ocorrer epidemias onde os fatores ou condições de pobreza indicassem para este fato.

Para Barata

“com a derrota dos revolucionários, a medicina social, praticamente, teve seu desenvolvimento retardado. As denúncias cada vez mais freqüentes, e de certo mofo inegáveis, de que as condições de vida e trabalho estavam levando ao desgaste do proletariado, comprometendo até mesmo sua reprodução, serão absorvidas pelos governos. Entretanto, as regras dadas a elas não serão absorvidas pelos governos, mas as medidas sanitárias e a legislação trabalhista” (Barata, 1990, p.20).

O governo criou em 1923 o Departamento Nacional de Saúde Pública, com as seguintes atribuições: “o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil; industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do Distrito Federal (atual Rio de Janeiro) e o combate às endemias rurais” (Braga, 1981, p. 46).

Na década de vinte, o Governo propôs diversas reformas com objetivo de atender as demandas sociais, implantando um projeto de expansão de serviços em todo território nacional. Ressalte-se que a estrutura de saúde existente concentrava-se nas capitais e grandes cidades.

Em Itajaí, essa política de descentralização é passível de ser identificada, pois até 1924, o único serviço de saúde existente era o Hospital Santa Beatriz, inaugurado em 03 de janeiro de 1887. Nesse ano de 1924 foi inaugurado o Posto de Profilaxia Rural, com a atribuição de controle e combate as doenças endêmicas, principalmente ancilostomíase, febre tifóide, malária e o impaludismo (Plano Municipal de Saúde, 1992, p. 91). Essas duas unidades de saúde vinculavam-se com o governo estadual e pouca vinculação administrativa e financeira com o governo federal.

Outra medida adotada pelo Governo Federal deu-se em 1923, com a Lei nº 4.682, conhecida como a Lei Elói Chaves ou Lei das Caixas Aposentadoria e Pensões (CAPs). Esta lei foi o embrião da previdência social no Brasil.

As CAPs eram estruturadas por categorias e tinham a participação do governo e das empresas formando um fundo de financiamento. As primeiras categorias a formarem suas CAPs foram aquelas ligadas ao setor de transporte do café, por serem as categorias mais organizadas. Entre elas estavam os ferroviários, o estivadores e os marítimos.

A Enfermagem profissional emergiu neste contexto com criação, em 1923, da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, ligada ao Departamento de Nacional de Saúde Pública, que em 1926 passou a ser chamada de Escola de Enfermeiras D. Ana Neri. Segundo Pires (1989, p. 129),

“Carlos Chagas, motivado pelo que viu nos EUA, solicitou ao *International Health Board* auxílio para criar um serviço de enfermeiras de saúde pública a fim de atender as necessidades prementes das diversas Inspetorias do Departamento”.

A Fundação Rockefeller, atendendo pedido do Departamento de Nacional de Saúde Pública, enviou para o Brasil a Enfermeira Ethel Parsons que juntamente com Dr. Carlos Chagas organizaram o plano de atuação da Enfermagem no Brasil. Este plano previa a implantação de uma escola moderna nos moldes americanos para a formação das visitadoras do DNSP (Pires, 1989, p.132).

Para Magajewski (1986, p. 04)

“com a revolução de 1930, rompe-se a estrutura do poder da Primeira República. Por um lado, a ascensão de lideranças autônomas, desvinculadas das frações de classes que apoiavam o velho modelo, favorecem a adoção de políticas orgânicas, baseadas num modelo de caráter nacional. Ao mesmo tempo, mantém-se a frágil base financeira administrativa, herdada do período anterior. O processo de acumulação desloca-se do campo para as cidades, com o início do processo de industrialização”.

2.3.4 O período revolucionário da década de 30 e o papel do Estado-Nação Desenvolvimentista

A década de trinta foi marcada pela centralização do poder e a redução do federalismo. Segundo Braga (1981.p. 54)

“é possível detectar este processo de centralização nas seguintes medidas: em 1930 foi criado o Ministério de Educação e Saúde , composto de dois Departamentos Nacionais, um de Educação e outro de Saúde; em 1934, como parte da reorganização ministerial então efetivada, o Departamento Nacional de Saúde Pública passou a ser chamado de Departamento nacional de Saúde Assistência Médico-social”.

A partir de 1935, retomaram-se as campanhas que haviam sido interrompidas após 1930. Em 1937 foi criado o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1939 o serviço de Malária do Nordeste. Em 1941 o Departamento Nacional de Saúde assumiu o controle de todos os serviços de controle e combate as endemias, bem como a formação de técnicos de Saúde pública.

Neste período ocorreu um avanço da atenção à saúde para o interior do país, vinculado ao processo de fluxo migratório exigidos pela industrialização do país. Esta expansão foi financiada por um fundo criado com a arrecadação de 5% de toda a arrecadação do município (Braga, 1982. p.54).

Esta política de interiorização é constatada em Itajaí com a inauguração, em 1938, do Centro de Saúde de Itajaí, sendo a sede do segundo Distrito Sanitário do Estado e tendo como área de atribuição, os municípios do litoral até às encostas da serra. Em 1946 foi inaugurado o Posto de Puericultura de Itajaí, com objetivo de desenvolver os programas de assistência à maternidade e a infância

No processo de interiorização da atenção à saúde, em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com objetivo de ampliar o atendimento de saúde em áreas militarmente estratégicas para a extração da borracha, tão necessária para os aliados (Luz, 1986). Para este autor, enquanto o Estado

responde com medidas centralizadoras, ditando normas e “concedendo medidas”, pouco ou nada fez para alterar as condições de vida da população, mas concedendo aposentadorias, pensões, atenção médica. Assim se expressa:

“A subnutrição permanece, mas a tuberculose passará a ser medicamente combatida. Esgotos e fossas, água encanada e tratada, só lentamente passam do discurso à prática institucional. As campanhas da época se instituem em serviços de departamentos. Enquanto o projeto de saúde pública se multiplica em “serviços” de Saúde Pública, paulatinamente a Saúde, como setor, se esvazia, a ponto de a própria separação do Ministério da Saúde do antigo Ministério de Educação e Saúde (1953) significar um esvaziamento institucional do setor saúde enquanto setor estatal, em proveito da Educação (Luz, 1986, p.58)”.

Braga (1982, p. 56) reforça as palavras de Luz ao considerar que a criação do Ministério da Saúde demonstra a importância relativa da Saúde Pública, mas evidencia o carácter secundário na política global do Estado. O modelo desenvolvimentista, na década de 50, marca o aprofundamento das dicotomias entre atenção médica curativa e medidas preventivas de carácter coletivo, acompanhada da dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde.

Este momento é marcante em Itajaí com a inauguração do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, no dia 04/02/1956, pelo Governo do Estado.

2.2.5 Período revolucionário de 64

Nesta retrospectiva histórica da saúde, os anos sessenta registram o “Golpe de 1964”, apoiado pela classes dominantes. As políticas adotadas pós-64 sedimentam ainda mais a dicotomia entre a área médica curativa e medidas preventivas de carácter coletivo, tirando da população qualquer instrumento de participação e voz no processo decisório. Assim é que as orientações políticas pós-

64 unificam os Institutos de Aposentadorias e Pensões em 66 e criam, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Já aderindo às mudanças ocorridas no IAPs em 1966, Itajaí tem seus IAPs unificados em 02/02/1967, que passam a funcionar no prédio do IAPTEC, o Posto de Assistência Médica de Benefícios do INPS.

As transformações que ocorreram neste momento da vida política do país tem que ser entendidas num contexto mais amplo e vistas no interior das mudanças gerais. O Governo “agia camuflado” em seu uniforme de campanha, realizando mudanças não somente no setor saúde, mas em nível de Estado. Na área da saúde, essas mudanças possibilitaram que a saúde ocupasse o lugar destinado a ela naquele momento, isto é, que se tornasse uma empresa lucrativa nos moldes capitalistas.

Com um discurso que pregava o saneamento, a racionalização e a busca da eficiência e da eficácia, o Governo Militar (1964-1982) tornou-se um mero repassador de recurso para a iniciativa privada, mantendo alguns setores e ou aumentando a exclusão de outros na participação das decisões das políticas de saúde e gestão da aplicação dos recursos do setor previdenciário. Enquanto a iniciativa privada aumentava seu poder de influência sobre o governo e sua participação nas decisões na política previdenciária, contando com financiamento subsidiados pelo próprio Estado, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). (Magajewsky, 1986, p.9), o setor público ficava à míngua, perdendo, cada vez mais, poder de influência e poder decisório.

Nesse ambiente político, as medidas políticas na área de saúde parecem confirmar a tendência dicotomizante. Já em 1974, criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com “status” e importância, dada à previdência nesse momento político. Em 1975, realizou-se a V Conferência Nacional de Saúde, tendo sido propostas as seguintes recomendações básicas: descentralização dos serviços básicos, hierarquização em níveis de complexidade crescente e racionalização do uso da capacidade instalada e de recursos humanos (Chianca, 1994).

Na sequência, a Lei 6.229/75 que implantou o Sistema Nacional de Saúde estabeleceu as atribuições do Ministério da Saúde, responsabilizando-o pelas ações de cunho coletivo e o Ministério da Previdência e Assistência Social, pelas ações de caráter individual. Apesar de todas as críticas feitas à Lei 6229/75, principalmente por fortalecer a dicotomia entre individual e coletivo, num momento em que as necessidades apontavam no sentido contrário, em direção à unificação das ações para resolver os graves problemas da população, a reversão fora impossível. Os interesses dos grupos da medicina privada, empresas de equipamentos e medicamentos, predominaram nas decisões governamentais.

Chianca (1994, p.49) faz uma análise da Lei dizendo que

“a Lei do Sistema Nacional de Saúde permitiu o surgimento de propostas experimentais que buscavam modelos alternativos de organização de serviços, viabilizando o desenvolvimento de programas de extensão de cobertura das ações de saúde em escala mais ampla, entre os quais se destacou Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)”.

Em nível de Ministério da Saúde, é lançado também o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN).

Para Fleury (1985, p. 4)

“as principais características do período da ditadura militar, a fim de se entender a evolução da previdência são: 1. A extensão da cobertura previdenciária a quase totalidade da população urbana; 2. O privilegiamento da prática médica curativa individual em detrimento da Saúde pública preventiva e coletiva; 3. A intervenção estatal no setor optando pela compra de serviços privados criando condições para o desenvolvimento de um complexo médico-industrial e; 4. O privilegiamento do produtor privado de serviços orientados para a lucratividade, propiciando a capitalização da medicina”.

2.2.6 Período do início da exaustão do Estado-Nação

Desenvolvimentista

Em 12/11/1976, é inaugurado o novo Posto de Assistência Médica (PAM) vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Na VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977, foram elaboradas as bases políticas para a implementação do Sistema Nacional de Saúde; no ano seguinte, o governo brasileiro assumiu o compromisso de implantar projetos de extensão de cobertura, proposto pela OPAS/OMS, que visava implantar um serviço de saúde tecnicamente adequado, economicamente exequível e socialmente justo. (Chianca,1994).

Em 1977, o governo tomou mais uma medida administrativa visando à reordenação do sistema previdenciário e criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), composto pelos seguintes órgãos: Instituto de Administração Financeira (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Nacional (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem - Estar do Menor, Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e Central de Medicamentos (CEME) (Braga,1982).

Em 1978, realizou-se na URSS a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Esta conferência estabeleceu como principal meta, a ser cumprida pelos governos e organizações internacionais, que todos os povos atinjam a saúde plena e que tenham uma vida digna e economicamente ativa. A Conferência de Alma-Ata, como ficou conhecida, irradiou o slogan "SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000". Em meio às medidas de políticas públicas do governo brasileiro, conforme mencionadas acima, não se pode negar a importância que a Conferência Alma-Ata teve no incentivo a projetos de extensão de cobertura, enfatizam a atenção primária e participação comunitária.

Neste mesmo ano, o Governo do Estado de Santa Catarina, a 9 de setembro, inaugurou a primeira Unidade de Saúde descentralizada de Itajaí, na localidade do Bairro Costa Cavalcante. E entre os anos de 78 a 80, a Prefeitura

Municipal de Itajaí instala um Posto de Saúde na sua sede e dois trailers, sendo um para atendimento médico e outro para atendimento odontológico.

O primeiro reflexo positivo de Alma-Ata ocorreu em 1980 na VII Conferência Nacional de Saúde, em que discutiu a expansão de cobertura das ações básicas de saúde, através do Programa Nacional de Serviços de Saúde (PREV-SAÚDE). Nas Proposições de Diretrizes (MS, 1980) da VII Conferência Nacional de Saúde, o governo brasileiro caracterizou o PREV-SAÚDE como programa axial e ordenador das ações do Ministério. O Ministério da Saúde, nesta ocasião, defendeu, ainda, que

“A ação do Ministério estará orientada, fundamentalmente, para a implantação e desenvolvimento de Serviços Básicos de Saúde com cobertura universal e sob a responsabilidade direta do setor público se prejuízos da existência de um setor privado independente”.

O PREV-SAÚDE previa que:

- A implantação da rede de serviço básico de saúde realizar-se-á progressivamente, com prioridade para as áreas rurais, pequenos centros urbanos e áreas de maior densidade de pobreza das cidades de médio e grande porte; para isso, os investimentos do setor público deverão ser, prioritariamente, no PREV-SAÚDE.
- Os serviços básicos de saúde serão desenvolvidos pela adoção e criação de tecnologias adequadas, realizadas por equipes de saúde, com ênfase na utilização de pessoal de nível auxiliar e elementar, buscando-se a simplificação sem perda da eficácia, e a redução de custo com aumento de produtividade e da eficiência.
- A rede de serviços básicos de saúde será apoiada e estará integrada a uma rede de serviços secundários e terciários, também de responsabilidade pública, dimensionada e distribuída, de forma a assegurar o apoio imprescindível a rede básica e a orientação e o controle dos serviços.

O PREV-SAÚDE contemplava também as seguintes áreas de prioridades: Controle de endemias; Enfermidades controláveis por imunização; Saúde materno-infantil; Alimentação e nutrição; Meio-ambiente; saneamento básico e outras atividades; doenças crônicas-degenerativas, vigilância epidemiológica, laboratórios de saúde pública, planejamento e informação, recursos humanos, modernização administrativa, produção de insumos e equipamentos.

Este projeto foi inviabilizado na prática, principalmente porque as relações de forças envolvidas neste projeto eram muito fortes e iam contra o interesse das empresas médicas, que compunham um forte bloco a favor da manutenção dos privilégios “usurpados” nas últimas duas décadas.

2.2.7 O período da redemocratização do Estado até nossos dias

É notória a constatação de crise do modelo de Previdência Social. Assim, era urgente a adoção de medidas para reduzir custos dos serviços. Neste sentido, o governo implantou, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Este Conselho estabeleceu o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. Segundo Chianca (1994, p.50) este plano propunha

“a recuperação operacional do setor público, aumento da eficiência e da qualidade, racionalização do sistema como estratégia para a redução de custos, criação de instrumentos de gerenciamento para maior previsibilidade orçamentária e extensão de cobertura aos trabalhadores rurais”.

Nestas medidas estabeleceu-se que a estratégia de reorganização do sistema seria através de um modelo hierarquizado e regionalizado, concretizando-se através do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). Em 1983, o PAIS recebeu a denominação de Ações Integradas de Saúde (AIS). No Documento Normas Gerais Aplicáveis às Ações Integradas de Saúde, define-se as Ações Integradas como:

“As Ações Integradas de Saúde (AIS) constituem a estratégia de integração programática entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde, a nível de Unidade Federada, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política nacional de saúde (Brasil, 1983, p.1)”.

Este mesmo documento estabeleceu como “objetivo principal”

"a motivação da melhoria da atenção à saúde da população, bem como: possibilitar o levantamento dos Sistemas Estaduais de Saúde, a partir da articulação multi-institucional e observadas as conjunturas específicas a nível de cada Unidade Federada; fazer operar Sistemas Estaduais de Saúde capazes de proporcionar serviços com alto grau de resolubilidade, dirigidos aos problemas prioritários de saúde; desenvolver técnica e gerencialmente os serviços de saúde, para capacitá-los a responder à demanda assistencial local, com eficácia, eficiência e efetividade; compatibilizar a nível de Unidades Federadas a alocação de recursos pelas várias instituições de saúde; valorizar o trabalho dos profissionais de saúde, através de estratégias que estimulem o seu contínuo desenvolvimento que estimulem o seu contínuo desenvolvimento e melhores condições de trabalho e de remuneração; reorientar as atividades de ensino, pesquisa e serviços das instituições de Ensino, no sentido de sua melhor adequação às necessidades de saúde e da prestação de serviços de saúde regionalizados; planejar a cobertura assistencial de acordo com parâmetros, técnica e financeiramente viáveis, considerando as melhores relações custo/benefício e contribuindo na redefinição dos parâmetros nacionais e locais (Brasil, 1983, p. 4)”.

As ações Integradas de Saúde, por outro lado, continham os seguintes princípios e diretrizes que norteavam o Programa:

- responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde;

- integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público, ao qual estará articulado, técnica e funcionalmente, o setor privado prestador de serviços;
- definição de programas, ações e atividades das instituições envolvidas, a partir do quadro de problemas sanitários prevalentes em nível regional e local;
- integralidade das ações de saúde, superando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar;
- valorização das atividades básicas de saúde, assegurando-se o encaminhamento dos casos de comprovada necessidade de atendimento, mais complexo;
- utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública;
- descentralização do processo de planejamento e administração;
- planejamento da cobertura assistencial, a partir das necessidades de atendimento de população, com parâmetros e estratégias assistências de melhor relação custo/benefício;
- desenvolvimento de recursos humanos como condição básica de operação do sistema, incluindo definição dos conteúdos e estratégias de formação dos recursos humanos, assentada sobre a prática dos serviços de saúde e o estabelecimento de planos adequados de cargos e salários;
- reconhecimento da legitimidade de participação dos vários segmentos sociais na definição de necessidades, no encaminhamento de soluções e na avaliação do nível de desempenho da assistência prestada.

Itajaí aderiu às Ações Integradas de Saúde somente em 1986, mas já em 1983 desativou os trailers, ampliou o Posto de Saúde Central e inaugurou o Posto de Saúde Imaruí, localizado no bairro de mesmo nome. Em 1984, o Governo do Estado firmou convênio através da Secretaria Estadual de Saúde com quatro Instituições para criar mais quatro Unidades de Saúde, sendo elas: Círculo Operário de Itajaí (Bairro São João), Conselho Comunitário da Fazenda (Bairro

Fazenda), Conselho Comunitário São Vicente (Bairro São Vicente) e Parque Dom Bosco (Bairro Dom Bosco).

Dando continuidade à implantação das AIS, a Prefeitura Municipal de Itajaí inaugurou as seguintes Unidades de Saúde: Posto de Saúde Itaipava (1984), novo Posto de Saúde São Vicente (1985), Posto de Saúde Praia Brava (1986), Posto de Saúde Pro-morar (1987), Posto de Saúde Votorantin (1987), Posto de Saúde da Fazenda (1987) e Posto de Saúde Rio Bonito (1988).

Segundo Chianca (1994, p. 50),

“o novo governo, a partir de 1985, priorizou a implantação das AIS, enquanto estratégias de ação que organizaria o setor saúde, mas não se deu conta que para unificar o setor era preciso modificar a estrutura de poder do mesmo, continuando assim o antigo modelo de assistência de caráter curativo e individualista”.

No entender de Cordeiro (1991), as AIS foram fundamentais para alicerçar mudanças no processo e funcionaram politicamente como eixo de ação institucional e execução dos princípios defendidos na VII Conferência Nacional de Saúde, bem como contribuíram na implantação do projeto de reordenação dos serviços públicos, proporcionaram base técnica e princípios estratégicos para a REFORMA SANITÁRIA.

Neste sentido, em documento da Etapa Estadual da VIII Conferência Nacional de Saúde, Kwitko (1986, p.4) coloca que

“é importante reconhecer a intenção e vislumbrar a perspectiva reorientadora da estratégia, em função de estar a mesma centrada na articulação e fortalecimento do subsetor público por sua maior potencialidade de estabelecer uma atenção universal, eqüitativa e integral, e de controle quanti-qualitativo de ações de gastos. No entanto, não se deve superestimar os resultados até agora alcançados com sua implantação”.

Este documento conclui que

“é nossa opinião que as “Ações Integradas de Saúde”, uma vez recolocadas numa dimensão maior que englobe os elementos entendidos como essenciais à reformulação, citados anteriormente, poderão efetivamente se transformar num instrumento importante e verdadeiramente reorientador do Sistema de Saúde. Mas, para, tal será certamente necessário o respaldo de uma profunda decisão política, ainda inexistente embora muito presente no discurso oficial, e a qual se espera possa surgir da Assembléia Nacional Constituinte (Kwitko, 1986, p.6)”.

Todas as mudanças propostas e consolidadas pelas Ações Integradas de Saúde contribuíram para a implantação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, em março de 1986. Esta conferência foi fruto de um amplo debate nacional nas pré-conferências estaduais e municipais e contou com a participação de quase todos os setores organizados da sociedade civil.

Os temas debatidos e desenvolvidos na VIII CNS eram atuais e traziam assuntos cruciais para a sociedade brasileira. Dentre eles, destacam-se os seguintes: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão” e “Reformulação do Sistema de Nacional de saúde e financiamento setorial” (Tema 7, 1989).

Segundo os organizadores, a VIII Conferência Nacional de Saúde superou

“todas as expectativas e estimativas feitas anteriormente, mais de 4.000 pessoas participaram, em jornadas de discussão que duraram até 14 horas. Dessas, 1.000 eram delegados, que haviam sido escolhidos e/ou indicados pelas instituições, organizações e entidades como seus representantes (Tema, 7, 1989, Relatório final da VIII CNS, 1986)”.

Sob o ponto de vista histórico das políticas de saúde pública no Brasil, entendo que os temas mais importantes da VIII CNS (contemplados no Relatório Final, 1986), são:

- 1 - “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente,

trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

- 2 - Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”.

Outro ponto fundamental é garantir por parte do Estado seu compromisso no que diz respeito às responsabilidades básicas e o direito à saúde a toda população. Assim, faz-se necessário imprimir as seguintes medidas imprescindíveis:

- 1 - Definição de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;
- 2 - Definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- 3 - Garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva;
- 4 - É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária.

Para Hésio Cordeiro (1986, p.20)

“a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um conseqüência do desdobramento de todos os movimentos de oposição às políticas de saúde do regime autoritário e que culminaram, no momento da transição, com a reformulação da proposta de política para a Nova república”.

Considero importante pontuar dois aspectos referentes às expectativas que se tinham em relação à VIII CNS: a primeira consistia na consolidação da política

de saúde do atual governo e a segunda, na afirmação de um posicionamento quanto à Reforma Sanitária na Constituinte.

Segundo documento elaborado pelo CEBES e ABRASCO para debate na IX Conferência Nacional de Saúde, a Reforma Sanitária (2), passou a operar em três eixos principais, sendo eles:

- 1 - "o conceitual e doutrinário, representado pela concepção de que saúde é expressão de qualidade de vida e sua conquista se dá por via de políticas econômicas e sociais que diminuem ou eliminem os riscos de doenças e outros agravos à saúde, assim como pelas ações específicas setoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- 2 - o político, representado pela acepção de que saúde é direito da cidadania, e; assim, direito de todos e dever do Estado; implicando, pois, o dlreito universal e igualitário de todos à saúde, sem qualquer condicionante;
- 3 - o estratégico-operacional, correspondendo à proposta de reorganização do sistema de atenção à saúde em torno do modelo de Sistema Único de Saúde, integrado, com comando único em cada esfera de governo, descentralizado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada e sob controle social".

Assim, vê-se, a partir de 1987, o aprimoramento dos serviços básicos de saúde com o incremento da descentralização das ações do INAMPS, uma transferência não somente administrativa, mas acima de tudo política e financeira. No entender de Cordeiro (1991), esta transferência de atribuições para os Estados e Municípios resultaram em condições para a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Segundo Chianca (1994, p.50)

"as críticas ao SUDS não paravam e o INAMPS, estrategicamente, resolveu ampliar geograficamente a abrangência das AIS pois estas representavam a transição para o SUDS. Era necessário prever

metas para a municipalização e o SUDS significava a etapa preparatória para o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)”.

Em 1988, Itajaí assinou o Termo de Adesão ao Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que impulsionou a integração Interinstitucional, concretizando a transferência administrativa das Unidades de Saúde do Estado para o município.

Por outro lado, a Constituição de 1988 resgatou todos os princípios da VIII CNS e criou o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Para Carvalho (1995, p. 9) “a nova Constituição brasileira, registra um avanço bastante expressivo, proclamando a existência do direito à saúde, como um dos direitos fundamentais da pessoa humana”. O mesmo autor considera alguns elementos de ordem subjetiva e coletiva, como fundamentais para orientar o trabalho do intérprete e do aplicador da norma sanitária. São eles:

“o interesse prevalecente do cidadão ao bem-estar físico, mental e social; o direito de informação sobre os serviços de assistência à saúde e os efeitos de sua utilização; o controle social, independente do Estado, das ações e dos serviços de saúde; a salvaguarda da liberdade do indivíduo na defesa de sua integridade física e moral; a garantia de responsabilidade dos agentes públicos e privados por erros cometidos e danos causados ao indivíduo e à coletividade; a prevalência da ética (humanística e não-corporativista) na relação do profissional com o paciente; a importância do conteúdo humanístico na formação do pessoal da área da saúde; a necessidade de municipalização dos serviços e ações de saúde; as políticas econômicas e sociais que dizem respeito ao direito à saúde individual e coletiva; o financiamento de ações e serviços que produzam efeitos genéricos de preservação da autonomia individual na proteção da saúde; e a co-responsabilidade das diferentes esferas de governo na adoção de políticas e execução de serviços, implicando solidariedade e o equacionamento e solução de problemas sanitários e conjugação

de esforços técnicos, materiais e financeiros (Carvalho, 1995, p. 39-40)".

No que se refere especificamente à saúde, Carvalho (1995) destaca os seguintes pontos básicos:

"a saúde como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e dos serviços de saúde; a universalidade da cobertura e do atendimento, como pressuposto da equidade da assistência; o caráter democrático e descentralizador da gestão administrativa, com a participação da comunidade; a rede pública de serviços, integrada num sistema único; o setor privado de serviços, que pode participar, de forma complementar, do sistema público de saúde; o financiamento pelo orçamento da seguridade social e outros orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; a direção única nas esferas de governo: União, Estado (e DF) e Municípios; a equidade na forma de participação no custeio da seguridade social; a competência comum das várias esferas de governo para tratar da saúde e a competência concorrente para legislar sobre saúde: União (norma geral), Estado (legislação supletiva, particularizante) e Municípios (legislação casuística de interesse predominantemente local); I) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo (Carvalho, 1995, p. 40-41)".

A partir de 1989, novas Unidades de Saúde foram inauguradas ou reformuladas em Itajaí, sendo elas: Posto de Saúde Espinheiro (1989), Posto de Saúde Jardim Esperança (1989), Posto de Saúde São Judas (1989), Posto de Saúde Bambuzal (1990), novo Posto de Saúde Imaruí (1991).

2.2.8 Período de desarticulação do movimento sanitário

Após a normatização da Constituição da República, o Movimento da Reforma Sanitária sofreu uma acentuada e drástica desarticulação, responsável pela lentidão e até um certo “retrocesso” do processo. A Constituinte determinou princípios e diretrizes para que o Sistema Nacional de Saúde fosse viabilizado, mas não garantiu sua implantação efetiva. Somente em 1990, dois anos após a aprovação da nova Constituição, é aprovada a Lei Orgânica da Saúde com a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, regulamentando e consagrando os princípios e diretrizes do SUS. Sobre este aspecto, Bordenave diz que

“as Leis se formulam mas não se cumprem, pois não foi desenvolvida a responsabilidade social, os demagogos e caudilhos populistas manejam o povo a seu bel-prazer e os ditadores o dominam por longos períodos, sem encontrar firme e geral resistência popular (Bordenave, 1994, p.23)”.

Em 1991, sob a égide do Sistema Único de Saúde, os municípios passaram a gerenciar os Postos de Assistência Médica do INAMPS, assumindo os serviços das esferas Estadual e Federal. Sob este novo caminho, realizou-se, em 1992, em Brasília, a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema central *Municipalização é o caminho*. Na ocasião, diagnosticou-se o aprofundamento da crise no setor saúde decorrente do desmonte do setor público, da redução de recursos destinados à saúde e do aumento da demanda devido às precárias condições sociais e econômicas em que vivia a grande maioria da população brasileira (Chianca, 1994, p.51).

Em 1996, acontece a X Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de corrigir as imperfeições e avançar em direção a consolidação do Sistema Único de Saúde, inserido no processo social e comprometido com a construção de um modelo que tenha a Saúde reconhecida como um dos direitos inerentes da condição de cidadania.

Ao realizar esta sucinta revisão histórica, enfocando principalmente o processo de Reforma Sanitária, concordo com Campos (1994) quando registra que

na reforma sanitária, exploramos muito pouco todas estas possibilidades, quando nem os nossos objetivos conhecemos. Assim se expressa mais enfaticamente:

“A principal forma de resolver este conflito estaria na abertura dessas organizações. Deixar que a sensibilidade, o desejo e as necessidades dos usuários, da clientela, penetrassem em todos os poros da organização, de tal forma que todos os que ali trabalhassem viessem a sentir essa pressão (Campos, 1994, p.33)”.

Estou de acordo com Campos (1994, p. 33) quanto a sua idéia de que na Reforma Sanitária nos preocupamos mais com a reformulação do aparato legal e que optamos por uma reforma estruturalista. Suas palavras críticas são inequívocas

“Nas últimas duas décadas, empenhamo-nos muito mais na mudança do aparato legal e da estrutura política - administrativa, esquecendo-nos das pessoas concretas que operariam e usufruiriam dessa máquina que criávamos. O resultado disso ainda está sendo um impasse. Mudou-se muito, para pouquíssimos resultados concretos. Ou pior, a crise dos serviços de saúde e da saúde pública prossegue sua trajetória destrutiva, a revelia do esforço de um conjunto de atores a quem se convencionou denominar de Movimento Sanitário”.

Diante de um quadro tão sombrio para o Movimento Sanitário, gerou em mim uma enorme inquietação indagativa: Qual a saída para reverter este quadro?

2.3 A ENFERMAGEM DO BRASIL

2.3.1 Preâmbulo

A Enfermagem é a ciência e a arte que se manifesta como prática social e articula transformações no processo saúde e doença do homem e da sociedade, através do cuidado. Assumindo a Enfermagem como prática social, é fundamental

o conhecimento histórico da Enfermagem e sua vinculação com os acontecimentos econômicos e sociais.

Para Germano (1994), Pires (1989), Silva (1989), Alves (1987) a Enfermagem deve ser analisada sob a luz da abordagem histórico-estrutural. Para estes autores é essencial a relação entre estrutura social, prática de saúde e desenvolvimento da Enfermagem, tendo-se assim uma prática comprometida e inserida num contexto histórico e socialmente determinada.

2.3.2 Surgimento, evolução e compromissos: área sanitária

A Enfermagem moderna brasileira surge no início do século, num momento muito importante da história do país. O Brasil era assolado por doenças pestilenciais e doenças de massa. Tal qual foi descrito no capítulo anterior, evitar as doenças de massa e combater as doenças transmissíveis era essencial para a manutenção da indústria agro-exportadora de café e as relações comerciais com os demais países.

Para Melo (1986, p. 63) a partir desta percepção, o Brasil se inclui entre os países em que o Estado controla a saúde pública, ainda que exercida basicamente por médicos e inspetores sanitários. Estes mesmos autores citam como antecedentes da formação profissional da Enfermagem, o surgimento de cursos, sendo os mais importantes:

“Curso de parteiras junto às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro (1832), da Bahia (1808), da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital Nacional de Alienados (1890) no Rio de Janeiro; Curso de Obstetrícia (1899) em São Paulo, a fundação das Escolas de Enfermeiras do Hospital Samaritano e da Escola de Parteiras, respectivamente em 1901 e 1902”.

Em 1916, é fundada a Escola da Cruz Vermelha Brasileira, visando à melhoria de qualidade na assistência os feridos da I Guerra Mundial.

O surgimento destes cursos e escolas representavam as preocupações desse momento histórico vivido pela população brasileira, sendo necessárias

medidas urgentes para o controle das doenças transmissíveis. O processo de industrialização que se iniciava no Brasil, e o aumento da migração para as cidades nas décadas subseqüentes, levaram a este estado de calamidade (Silva, 1989).

Após a visita de Carlos Chaga à América do Norte, este sanitarista propôs a implantação do modelo Americano de visitadoras sanitárias, e com o financiamento da Fundação Rockefeller, organizou o serviço de Enfermagem do DNSP (Pires, 1989). Para tanto, foi enviado ao Brasil a Enfermeira Ethel Parsons que, conjuntamente com Carlos Chagas, criou uma escola de enfermagem moderna, nos moldes americanos, para formar enfermeiras diplomadas e estabelecer medidas para preparar as visitadoras. Em 1922, para atender os objetivos propostos, foi criado o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (Pires, 1989). A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do DNSP começou a funcionar em 1923 e em 1926 a escola passou a ser denominada a Escola Ana Néri.

A prática de Enfermagem tinha como objetivo atender um pequeno grupo da sociedade que estava exposto ao risco das doenças transmissíveis. Com este objetivo, percebe-se claramente que o objeto de trabalho da Enfermagem, denominada de Saúde Pública, estava voltado para o indivíduo e para a família portadora de doenças transmissíveis, com a intenção subjacente em atender às necessidades desenvolvimento capitalista internacional. (Pires, 1989).

2.3.3 Do compromisso sanitário para a área hospitalar

Após esta fase e com a Revolução de 30, a Enfermagem toma outros contornos, abandonando a Saúde Pública como objeto de trabalho. Já no final da década de 20, as políticas de Enfermagem concentraram suas ações na área hospitalar. Silva (1989), analisando a história de Enfermagem neste período, expõe o paradoxo existente entre o objeto de trabalho de Enfermagem e sua formação, estando esta vinculada ao hospital com uma grande carga horária em estágios hospitalares.

Com a crise de 1929, estabelece-se uma nova ordem política/econômica, obrigando o governo a estabelecer mudanças estruturais no modelo econômico. Alves (1986, p.24) coloca que “a crise favorece o fortalecimento de outros grupos econômicos como a nova burguesia industrial que nesse processo de ascensão, força os latifundiários cafeicultores a dividirem o poder até então concentrado em suas mãos”.

A nova burguesia que assumiu o poder com Getúlio Vargas em 1930 e que reformulou o aparelho de Estado, visando atender a nova reorganização econômico-político, fez emergir uma política de saúde, de âmbito nacional e sob responsabilidade do Ministério de Educação e Saúde.

Para Mello (1986, p. 66) além das primeiras tentativas de industrialização de nossa economia, manifesta-se dizendo que

“É uma período tumultuado em acontecimentos políticos, com uma crescente organização popular, que culmina com a criação da Aliança Nacional Libertadora. Na área de saúde, a prática sanitária entra em declínio e com ela o Departamento Nacional de Saúde Pública”.

Ocorre neste período a explosão dos Hospitais, que se criam como locais de institucionalização da assistência médica voltada para as ações curativa/individual. Vê-se, assim, a adequação da estrutura de assistência médica aos interesses capitalistas emergentes, preocupados basicamente com a reposição da mão-de-obra. A assistência hospitalar continuava a ser prestado pelas Santas Casas de Misericórdias, assim o mercado de trabalho hospitalar começou absorver os Enfermeiros formados pela Escola Ana Néri.

Com a eclosão de II Guerra Mundial, o Brasil passa a ter um papel de destaque em virtude de sua posição geográfica e econômica. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com objetivo de ampliar o atendimento de saúde em áreas militares estratégicas para a extração da borracha, tão necessária para os aliados (Luz, 1986).

Para esse autor, enquanto o Estado responde com medidas centralizadoras, ditando normas e “concedendo medidas”, pouco ou nada se fez

para alterar as condições de vida da população, mas concedendo aposentadorias, pensões, atenção médica. Já Mello (1986, p.67) assim se pronuncia:

“Frente à pressão dos trabalhadores por uma medicina curativa e hospitalar e também para atender à expansão econômica, a indústria hospitalar começa a se desenvolver, exigindo para tanto um preparo mais qualificado do pessoal que executa o serviço de Enfermagem. O Hospital passa a ser o símbolo da supremacia da atenção médica sobre as medidas sanitárias de modo geral”.

Silva (1989, p. 80) mostra claramente este processo ao afirmar que

“ao se transformarem gradativamente as forças produtivas e as relações aí dominantes, a Enfermagem também se transforma. Mas o autêntico “salto” representado pela sua profissionalização não significou uma ruptura total com o seu passado mesmo porque inexistem rupturas totais”.

2.3.4 O enfoque da Enfermagem no Estado-Nação Desenvolvimentista

Com estes argumentos, é de se afirmar que nesta fase da Enfermagem brasileira, o objeto de trabalho deixa de ser o coletivo e passa a ser o individual, na qual as medidas preventivas são substituídas pelas ações curativas.

Em consequência, ocorreu um esvaziamento da saúde como setor, com a separação do Ministério da Saúde do antigo Ministério de Educação e Saúde (1953) , em proveito da Educação. Luz (1986) e Braga (1982.) reforçam es argumentos, ao considerarem que a criação do Ministério da Saúde demonstrou a importância relativa da Saúde Pública, mas evidencia o carácter secundário na política global do Estado.

Com o “Golpe de 1964”, apoiado pela classes dominantes,

“sedimenta-se a internacionalização da economia, particularmente incentivada e acelerada no governo Juscelino Kubitschek (1956-61). Visando proteger o processo cumulativo, o país adota, um rigoroso

sistema de repressão política e é aperfeiçoado um modelo econômico concentrador de renda (Germano, 1983, p. 38)".

Para Silva (1989, p.84), ao fazer uma revisão histórica da Enfermagem no período de 1956-1983, alguns fatos marcaram esta passagem e elucidam o atual quadro da enfermagem brasileira. Entre eles, o autor assinala os seguintes: "um levantamento quanto aos seus recursos, realizado em 1956 -1958; a sua passagem de fato a ensino superior, em 1962; o surgimento de um currículo mínimo, em 1972; e a constituição dos cursos pós-graduação".

Neste período também se manifesta uma grande pressão internacional para aumentar a cobertura da assistência à população carente. Mais uma vez, a Enfermagem no final dos anos 70 muda seu objeto de trabalho: do indivíduo no seu aspecto biopsicossocial, passa-se a dar prioridade ao atendimento em suas comunidades.

Esta mudança, no entanto, não foi acompanhado de uma reflexão crítica. A categoria "comunidade" é mencionada sem a análise da importância e significado da palavra "comunitário". Na realidade, seguiu-se uma política internacionalmente determinada, conduzida pelo modelo preventivista americano (Barros, 1981). Estas práticas preventivistas estão formuladas no modelo ecológico, que segundo Barata (1990,p. 23)

"processa uma relação naturalista na interpretação das relações sociais que o homem estabelece com a natureza e os outros homens, na produção de sua vida material. Todos os elementos da relação são colocados em um mesmo plano ahistórico, intemporal, e a vida humana fica reduzida à sua condição animal".

(Barros, 1981, p. 154), por outro lado, refere que

"mais uma vez a prática de Enfermagem é levada a ser modificada sem nenhuma análise crítica do que mudar, caracterizando uma atitude típica de profissionais que escrevem seu evoluir impulsionados por fatores que nem sempre estão a serviço de fato da

melhoria da saúde da população e apenas desejam a manutenção do “status quo”.

2.3.5 O enfoque da Enfermagem na Democratização do Estado

A mesma autora comenta que a Enfermagem começa a questionar esta prática desvinculada do social a partir do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem em 1979, na qual passou a vincular a Saúde e a Enfermagem numa discussão mais ampla que englobaria a transformação social. Ela registra que

“a passagem portanto para esta nova fase de Enfermagem Social é demarcada pela presença de uma postura crítica, face a prática de Enfermagem que até o momento tem respondido passivamente ao seu papel de profissão comprometida socialmente. É portanto, no momento que se identifica a ineficácia da enfermagem comunitária que se tenta buscar as razões desta é que se percebe suas falsas premissas (Barros, 1981, p. 156)”.

Assim como Xavier (1988, p.197) creio que

“com a reforma sanitária a Enfermagem amplia ao seu campo de ação, podendo assumir um papel de destaque, favorecendo a ampla participação da sociedade civil na gestão desse processo, através do esclarecimento da população quanto à Reforma Sanitária, seus direitos e os meios de que ela dispõe para cobrá-los”.

Assim, neste processo histórico urge que a Enfermagem se posicione a favor das mudanças mais radicais do modelo de produção vigente no país, pois este modelo tem aumentado a concentração de renda em detrimento da maioria da classe trabalhadora brasileira.

O papel e o trabalho do enfermeiro, neste contexto, têm alternado entre as ações individuais na assistência ao indivíduo doente às ações coletivas nos determinantes sociais do processo saúde doença. Portanto, decidi rever as

concepções acerca da prática da profissão, como é percebida e aceita na sociedade e quais as abordagens científico-tecnológicas que a apoiam.

Para tanto, destaco a orientação de Souza & Prado (1993, p. 97), quando sugerem o uso da epidemiologia como referencial, remetendo a duas questões para debate: “1 -relativa à concepção do objeto de assistência; 2 -a concepção da própria assistência, refletida pelo processo de trabalho e suas relações no contexto das práticas de saúde, desvelando, inclusive, um potencial mercado de trabalho”. Neste sentido, participo da idéia de que para o profissional determinar a concepção do objeto da Enfermagem é necessário conhecer a realidade na qual ela está inserida e o próprio sujeito de suas ações.

Os mesmos autores declaram que

“Visa-se, com isso, desvelar o cotidiano para o qual deve ser dirigida, prioritariamente, a intervenção de Enfermagem, tanto do ponto de vista preventivo quanto curativo, coletivo ou individual, indicando assim um modelo de assistência de Enfermagem capaz de responder ao requerido pela sociedade e pela própria transformação da realidade. Portanto, a concepção do objeto da Enfermagem, á luz da Epidemiologia (usos referidos por Dever, 1988), contribui para reunir, classificar e sistematizar conhecimentos no diagnóstico, na tomada de decisões e no plano de assistências de Enfermagem (Id., p.97)”.

Assim, faz-se necessária a discussão sobre o papel da saúde coletiva e do trabalho da Enfermagem Comunitária, como instrumento do trabalho coletivo para a transformação da realidade e inserida num contexto mais amplo. Para Breilh (1991, p.128), “a saúde coletiva surge como um termo vinculado a um esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade que é o objeto da ação, dos métodos para estudar essa realidade e das formas de **praxis** que requerem”.

Assim é que, neste momento, a importância da aproximação da realidade e interpretação da realidade objetiva. O perfil epidemiológico de uma sociedade em um dado momento possibilita caracterizar o modo de produção desta sociedade,

bem como seu padrão de consumo, oferecendo subsídios sobre as características do processo saúde-doença.

A Enfermagem de saúde coletiva precisa reconhecer que a reprodução social tem como eixo a relação dialética existente entre produção e consumo e considerar o território onde se estabelece esta relação. Neste sentido, Fonseca (1994, p. 27) coloca que o

“território onde se realiza a vida e se geram os transtornos de saúde não é apenas um espaço estático que opera como um imenso suporte para a vida social. Pelo contrário, é um espaço historicamente estruturado onde se expressam”.

Na área da saúde coletiva e de Enfermagem comunitária, no entender de Garrafa (1994, p.58), “há necessidade de ser radical nas exigências e no cumprimento da lei e na participação efetiva no conjunto das lutas, adaptando o conceito de liberdade ao princípio da responsabilidade científica social”.

2.5 Reflexão

Entendo que o desafio da a Enfermagem é a busca da transformação dos referenciais para a práticas sociais, não somente na saúde coletiva e Enfermagem, e sim, em todas as áreas do conhecimento, quando se deseja a conquista da cidadania e o resgate dos princípios básicos para a efetiva construção de um sistema de saúde universal, igualitário e de qualidade para a população.

A Enfermagem, enquanto prática social e inserida no processo de viabilização do SUS, representa um segmento muito importante, até porque, com ela são viabilizados cerca de 60% das ações de saúde ofertadas à população brasileira. Apesar disso, está ainda relegada a um segundo plano, não desempenhando o binômio pensar/fazer correspondente á sua importância e capacidade como agente de mudança para impulsionar as requalificações requeridas nos serviços de saúde.

A Enfermagem tem um compromisso moral com a vida, das pessoas, da sociedade e da própria profissão. Assim, deve participar da conquista um Sistema de Saúde que não permita a desigualdade entre ricos e pobres, que promova acesso igualitário, com qualidade, atenda o ser humano de modo integral e com participação da comunidade. Um sistema que fortaleça as ações básicas e evite o enriquecendo ilícito das grandes corporações médicas.

Este capítulo proporcionou uma reflexão da prática de Enfermagem sob o ponto de vista dos determinantes históricos que influenciaram a trajetória dessa profissão. Como bem relatam os autores nesta respectiva histórica, esta trajetória foi marcada por adoção de modelos da prática médica e de assistência individual e curativa-hospitalar, atendendo basicamente aos interesses dos empresários da doença.

Indispensável reafirmar que a assistência de Enfermagem precisa ser humana, competente, responsável, livre de risco e principalmente comprometida com a qualidade e o crescimento do homem, enquanto ser ético.

3 - DA ESTÓRIA EM CENA

3.1 ATO 1 - CONHECENDO E DEIXANDO-SE CONHECER

A chegada do enfermeiro ao bairro é decorrente de uma vivência histórico-política, que vejo da forma descrita a seguir. De volta a Itajaí, minha cidade natal, em 1991, assumi o Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal dessa cidade, na qual desenvolvi atividades até 1992. Após as eleições municipais de 1992, fui transferido para o Posto de Saúde Dom Bosco, transferência esta que ocorreu por motivação política pois, apesar do mesmo partido ter ganho as eleições, foi um grupo distinto do qual eu participava que assumiu o poder.

Dentro das alternativas existentes dos 23 postos de atendimento e que me foram apresentadas como possibilidades de inserção para trabalhar, escolhi o Posto Dom Bosco pela sua proximidade com o Bairro Nossa Senhora das Graças (Matadouro). Assim, vislumbrei uma possibilidade de retomar alguns ideais de trabalho, objeto de reflexão e práxis no “ **Projeto Costeira**”², que se constituíram em referenciais para a organização do processo de intervenção de Enfermagem em qualquer comunidade e, particularmente, na residente do Bairro Nossa Senhora das Graças, que apresentava tanta similaridade com a Costeira.

² Projeto de Extensão Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido no Bairro da Costeira do Pirajubaé, coordenado pela Profa. Enf. Eliana Marília Faria, docente do Departamento de Enfermagem (1978 - 1989)

A par da experiência anterior, eu estava assustado e com medo. Afinal, os meus 11 anos de formado e de experiência profissional anterior ampliavam minhas perspectivas de desenvolvimento comunitário. Por outro lado, eu vinha das áreas de administração, planejamento, formação e treinamento de recursos humanos. Seria a minha primeira experiência como Enfermeiro Assistencial; logo me preocupava em como associar as habilidades (com experiência na área administrativa, política e gerencial) com as de ordem clínico-assistenciais, requeridas para prestar o Cuidado de Enfermagem, de modo individual e coletivo no Posto de Saúde e também gerenciá-lo.

Desta forma, nos primeiros meses eu precisava interagir com a equipe de saúde, principalmente a equipe de Enfermagem, composta por dois auxiliares que trabalhavam no posto desde seu início em 1986.

Os dois Auxiliares de Enfermagem tinham um trabalho reconhecido e acolhido pela comunidade. Assim eu devia conhecer e me deixar conhecer. Era uma aproximação em que eu sabia o que queria: trabalho de desenvolvimento comunitário e, para tal, era decisivo a interação. Esta não era registrada sistematicamente - pois eu não tinha o hábito de registrar - só documentava os principais acontecimentos em Relatórios, até porque eu acredito na informação compartilhada.

Quando eu pensava que o processo de interação estava sendo possibilitado entre os funcionários e eu, novidades surgiram, como o fato de uma funcionária concluir o Curso de Graduação em Direito e se transferir para Florianópolis. Esta funcionária foi substituída por uma Técnica de Enfermagem que não tinha experiência naquele Bairro. Este fato, por outro lado, me obrigava à interação com um novo integrante da Equipe de Enfermagem.

Aos poucos conquistava-se a interação e isto possibilitava promover mudanças nas rotinas do Posto, com o objetivo de viabilizar melhores condições de trabalho. Entretanto, o espaço físico e a capacidade instalada em si eram inadequados e não respeitavam normas de segurança e de higiene do trabalho, além de não oferecer, por si só, exemplo educativo. Envolvendo toda a comunidade para trabalhar, reconhecíamos que a realidade requeria mudanças.

A referência para o trabalho da Enfermagem, como ponto de partida e chegada, era o Posto de Saúde Dom Bosco, e este contava com salas independentes, dentro de uma outra instituição de assistência “O Parque Dom Bosco”, vinculada a Congregação Salesiana.

A Assistência de Enfermagem consistia na vacinação, esterilização e preparo de material e curativo, cujos serviços eram executados numa sala de vinte metros quadrados. Desta forma, deduz-se a qualidade e as condições de atendimento.

Diante deste quadro, precisava fazer algo, iniciar mudanças!... A minha primeira medida foi a remoção da estufa e arquivos para o expurgo a fim de liberar espaço para o trabalho de Enfermagem, propriamente dito assistencial; assim, uma divisória era a medida simples que possibilitava a privacidade aos pacientes, um pouco mais de respeito e dignidade, inclusive a quem compartilha ideais e ações. Uma medida simples e que provocou muito impacto; era a solidariedade, o compromisso e a ética ganhando espaço até no coração da clientela.

A conquista de uma possibilidade de mudança, movimenta e sugere de modo implícito e explícito novos requerimentos. Assim, enquanto providenciava as pequenas mudanças, ia interagindo com a comunidade e conhecendo mais de perto a realidade com a qual e para a qual me propus trabalhar. A aproximação inicial com a comunidade foi através do Cuidado de Enfermagem, pois, todas as tardes eu cuidava da clientela que recorria ao Posto por qualquer motivo - muitas vezes o motivo era a busca de vacina. Mas, o “Cuidado de Enfermagem” em trabalho de desenvolvimento comunitário não deve ser somente no Posto. Afinal o trabalho domiciliar (de casa em casa), família a família, sempre foi uma referência para quem faz Saúde Pública. E eu também queria e precisava conhecer, ser conhecido, estar na comunidade. Como procedi? Caminhando, conversando e levando algumas idéias educativas, a partir da vacinação.

A aproximação por meio da vacinação requeria um planejamento operacional que possibilitasse identificar a clientela e ter “motivos” para o diálogo. Já havíamos diagnosticado que havia dificuldade das mães ou acompanhantes localizarem as carteiras de vacinação das crianças que traziam até o Posto. Diante

deste fato, organizei o arquivo por ordem de aprazamento e preenchi aerograma para aquelas crianças que estavam em atraso com as datas previstas para recebimento de vacina. Fui de casa a casa, entregando os aerogramas em mãos das mães ou responsáveis pelas crianças e conversando. Com este procedimento, aos poucos fui me deixando conhecer e conhecendo a comunidade.

Neste estágio de contato com a comunidade, já contava com a ajuda de duas mães da comunidade que faziam as visitas comigo. Quando não era possível localizar as mães ou responsáveis na primeira visita, havia retorno das duas voluntárias que entregavam os aerogramas. Quando eu realizava o controle do retorno das crianças no Posto, eu podia também controlar as entregas de aerograma por meio das voluntárias.

Para interagir ainda mais com a comunidade, sob minha responsabilidade ficaram também todos os atendimentos domiciliares, como curativo, injeções, investigações epidemiológicas e visitas a abandono dos programas específicos e dos demais serviços.

Além disso, nos relatórios solicitados pela Secretária Municipal de Saúde eram descritas as condições em que eram realizados os atendimentos; sempre mencionando a necessidade da Secretaria assumir e construir uma unidade local de saúde, até porque, a capacidade instalada para atender a população do Bairro Nossa Senhora da Graças estava inserida no Parque Dom Bosco e que não pertencia ao Patrimônio Municipal.

No Relatório de Gestão do ano de 1994, da Secretaria Municipal de Saúde, o Posto de Saúde Dom Bosco realizou 23.442 procedimentos de Enfermagem, dando um a média de 5.860 procedimentos por profissional. Foi a maior produtividade, superando toda a produção das demais unidades da rede básica.

Em documento enviado à Secretaria Municipal de Saúde registro que: É urgente medidas concretas para atender adequadamente esta população. Enquanto a Regional do Costa Cavalcante e São Vicente, com uma população de 44.963 (dados do FIBGE) pessoas conta com 8 (oito) Postos de Saúde e 2 (duas) Policlínicas, todas bem estruturadas, a regional do São Judas atende uma

população de 20.142 pessoas com 4 (quatro) Postos de Saúde, estando três em péssimo estado de conservação e sem a mínima estrutura física para atender a demanda.

Registro, ainda, que enquanto os Postos de Saúde da Regional do São Judas, incluindo o Posto de Saúde Dom Bosco não dispunham de condições mínimas de trabalho, quase a totalidade dos Postos de Saúde da Regional do Costa Cavalcante e São Vicente sofriam aumento de seu espaço físico e reformas gerais.

Também encaminhei junto ao Conselho Municipal de Saúde (COMUSA) solicitação para estabelecer como prioridade em novos investimentos na área física, os Postos da Itaipava - ameaçado de ruir -, Posto de Saúde Dom Bosco - sem as condições técnicas mínimas de trabalho - e, Policlínica São Judas por se tratar de referência em ginecologia e pediatria da regional - não comportar a demanda.

Neste mesmo ano, iniciei o Curso de Especialização em Epidemiologia e busquei através do referencial da epidemiologia, suprir uma grande dificuldade dos profissionais que trabalhavam no Bairro: a falta de informação.

Aplicando o roteiro proposto por Facchini (1994), dei início em 1995 a um levantamento das condições de vida e saúde da comunidade, envolvendo os profissionais do posto de saúde, pessoas da comunidade e acadêmicos que iniciam estágio de Saúde Coletivo neste ano no Posto de Saúde Dom Bosco.

3.3 ATO 2 - CONDIÇÕES DE VIDA E REPRODUÇÃO SOCIAL

A aproximação com a comunidade me permitiu, também, reconhecer a inexistência de um cadastro atualizado do Bairro que, inclusive, permitisse visualizar com um mapa as distintas áreas e recursos da comunidade. Para facilitar os encaminhamentos operacionais, procedi levantamento de Mapas existentes na Prefeitura, TELESC e CELESC, conseguindo cópias nas instituições mencionadas.

Finalizado este levantamento, procedi a comparação entre os mesmos, e por conhecer pontos de referência da comunidade, verifiquei que os mapas obtidos requeriam atualização para compatibilizá-los à realidade local. Assim, procedi a atualização do mapa do bairro, a partir do Mapa da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, caminhando em todas as ruas do Bairro, conferindo e procedendo as inclusões e exclusões das residências ou outras edificações. Este trabalho possibilitou registrar 449 (quatrocentos e quarenta e nove) residências, informação compatível com os dados do Censo de 1996 da FIBGE em relação ao número de residências; a informação disponível era somente quantitativa sem possibilitar sua visualização e distribuição graficamente.

Segundo os dados do Censo de 1991 da FIBGE, no setor 26 (vinte e seis) havia uma população de 1.265 (mil e duzentos e sessenta e cinco) moradores, sendo 676 (seiscentos e setenta e seis) homens e 682 (seiscentos e oitenta e oito) mulheres. Ao aplicar a taxa de crescimento para Itajaí, que é de 2.99, este setor teria uma população de 1.423 (mil quatrocentos e vinte e três) moradores em 1995.

Neste mesmo estudo, entrevistei 256 (duzentos e cinquenta e seis) residentes, encontrando os dados que a seguir registro.

Os resultados demonstram que, quanto à composição populacional por idade e sexo, esta comunidade se caracteriza como de um país em desenvolvimento, sendo que a base da pirâmide populacional é ampla em relação ao seu ápice .

TABELA 1 - Número de habitantes por idade e escolaridade, Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, SC. 1995.

ESCOLARIDADE	1º GRAU INCOMPLETO	1º GRAU COMPLETO	ANALBABETO	NÃO ESTUDA	TOTAL
IDADE					
0 5 anos	-	-	-	141	141
05 15 anos	209	6	1	48	264
15 45 anos	371	46	45	04	466
45 55 anos	56	2	23	-	81
55 65 anos	18	3	19	-	40
65 75 anos	13	1	7	-	21
75 + anos	1	-	6	-	7
TOTAL	668	58	101	193	1020

Outro dado identificado, diz respeito à escolaridade. Observei que do total de 1.020 pessoas entrevistadas, cerca de 50% eram menores de 45 anos e com uma frequência de analfabetos que merece ser destacada. Isto porque, no total de 615 pessoas maiores de 15 anos de idade, o número de analfabetos é de 100 (cem) moradores, perfazendo um total de 16,26% da população na faixa etária acima de 15 (quinze) anos, dados esses que revelam uma situação de subdesenvolvimento. Cabe ainda ressaltar que, estando concentrada na faixa etária de 15 (quinze) aos 55 (cinquenta e cinco) anos de idade, ou seja, em plena idade produtiva, a situação de escolaridade impulsiona os residentes do Matadouro a uma situação de não-trabalho regular ou pior, ao desemprego.

Encontrei, nestes dados, uma referência muito importante para a continuidade do trabalho em desenvolvimento, pois a escolaridade é um componente decisivo para as mudanças sociais requeridas naquela comunidade, nos aspectos específicos da saúde e outros componentes do direito de cidadania.

Ao analisar a renda familiar (tabela 2), os dados obtidos demonstram que se trata de uma comunidade muito pobre, haja vista que 27,70% dos moradores recebem menos de 1 (um) salário mínimo, 46,90 % de 1 a 3 salários mínimos e somente 1,95% recebem mais de 8 salários mínimos. Destaco, ainda, que essa informação refere-se a renda bruta e que, distribuída pelo número de componentes

da família, renda *per capita*, esta situação certamente se configura num quadro de maior pobreza.

TABELA 2 - Distribuição da renda familiar dos residentes no Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, SC 1995.

Renda	nº	f%
1 salário	71	27,70
1 a 3 salários	120	46,90
3 a 5 salários	50	19,53
5 a 8 salários	10	3,9
mais de 8 sal.	05	1.95
Total	256	100

Assim, observei que estão mantidas as condições de reprodução social: as pessoas não estudam, conseqüentemente não conseguem empregos melhores, não se profissionalizam, mantendo-se como mão-de-obra desqualificada e temporária.

Estes dados são relevantes, principalmente porque o Bairro Nossa Senhora das Graças possui três instituições que trabalham com a profissionalização de adolescentes: Parque Dom Bosco, o Lar Fabiano de Cristo e o SENAI. Isto, inclusive, merece uma reavaliação, haja vista que da população entrevistada, 264 (25,88%) estavam nas idades compreendidas entre 5 e 15 anos e desses, 49, ou seja 18,56 %, não freqüentavam a escola por ocasião da entrevista .

No que diz respeito à moradia, observei que o tipo predominante é o de madeira, com 63%, perfazendo um total de 79,50%, quando somadas com às casas mistas. Neste Bairro, apenas 20% das casas são de alvenaria, estando estas concentradas nas áreas baixas do bairro, ou seja, onde há melhores condições de infra-estrutura, principalmente acesso à água e ao esgoto.

Observei que 93,75% das residências, cujos residentes foram entrevistados, são próprias, sendo este um componente social básico, pois não compromete o orçamento familiar haja vista que não gastam dinheiro em despesas com aluguel.

No que se refere às condições de higiene e saneamento da habitação e do meio ambiente, observei que a realidade apresentava-se inadequada, gerando risco à saúde da população que, apesar do bairro estar dentro do perímetro urbano da cidade, ainda existem formas completamente inadequadas de acondicionamento final do lixo, sendo que apenas 79,09% dos moradores fazem coleta pública. A população busca formas simples de resolver este problema sem ter clareza acerca dos riscos que correm, por exemplo jogar o lixo a céu aberto, o que representa um problema de saúde pública, já que o lixo vai se acumulando nas encostas do morro, tornando-se um criadouro de ratas e outros animais.

No que se refere à água, segundo a Companhia de Águas e Saneamento de Santa Catarina (CASAN) em dados apresentados no Plano Municipal de Saúde, 95% da população da cidade de Itajaí é abastecida de água do sistema público. Entretanto, no Matadouro, dentre as residências visitadas para realizar as entrevistas, verifiquei que 26,95% dos domicílios não são abastecidos pelo serviço público de água. Além disso, muitas das residências que dispõem de abastecimento público, sofrem com a irregularidade do fornecimento e tem o armazenamento realizado de maneira completamente inadequada, possibilitando com isso a contaminação da água. Na área localizada atrás do Presídio Público Regional (CADEIÃO), todas as residências são abastecidas por poços rasos, que utilizam águas do lençol freático, e nestas não são tomadas medidas para evitar a contaminação, sendo estes muitas vezes construídos próximo às fossas rudimentares ou valas de escoamento dos sanitários.

TABELA 3 - Distribuição do tipo de sanitários, das residências dos entrevistados, no Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, SC / 1995.

TIPO DE SANITÁRIO	Nº	%
ALVENARIA	160	62,50
MADEIRA	70	27,34
OUTRAS	26	10,16
TOTAL	256	100

Na área atrás do Cadeião, foram encontrados ainda, em pleno final do século, casas sem nenhuma estrutura sanitária, cujos moradores recorrem ao mato

para fazerem suas necessidades fisiológicas, utilizam privadas rudimentares, de forma coletiva, sem as mínimas condições de higiene ou ainda fazem uso de urinol dentro de casa, lançando as fezes e urina a céu aberto.

As passagens acima relatadas demonstram o quanto que o serviço de saúde e os profissionais precisam reconhecer o contexto da comunidade na qual se inserem. Face a isso, como profissional e cidadão, tinha uma preocupação especial, ou seja, se o Posto representava um recurso para a comunidade e se ele participava da resolubilidade dos problemas, pelo menos os de saúde, reconhecidos pela comunidade. Os dados acerca dessas questões foram coletados por funcionários do Posto, checados por alunos do Curso de Graduação de Enfermagem da UNIVALI. Estas etapas - coleta e checagem - foram realizadas com suporte de visitas domiciliares e a atividade acadêmica, sob a supervisão direta do autor deste trabalho. Assim, portanto, os dados refletem a realidade local, embora as entrevistas não tenham sido realizadas com a totalidade dos residentes.

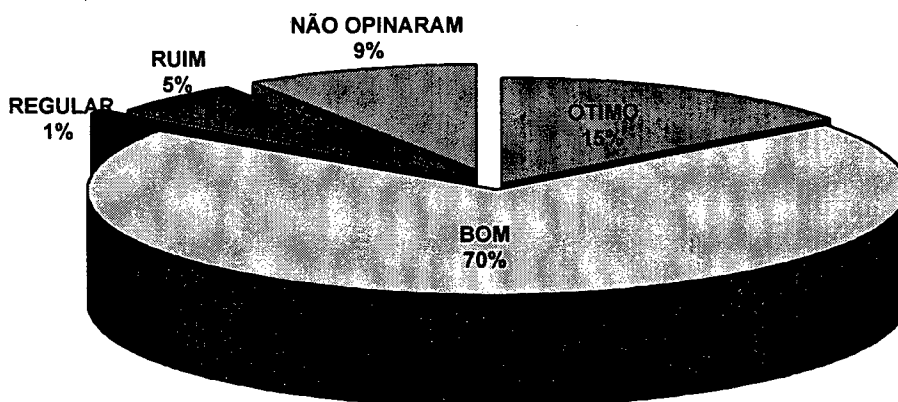
TABELA 4 - Distribuição dos entrevistados quanto a procura de atendimento de Saúde, no Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, SC/1995.

ATENDIMENTO DE SAÚDE	N	%
POSTO	216	81,82
FARMÁCIA	11	4,16
PARTICULAR	02	0,76
HOSPITAL	28	10,61
INAMPS	07	2,65
TOTAL	264*	100

* abrange a possibilidade de mais de um tipo de procura

Os dados desta tabela mostram que o Posto é a principal referência enquanto recurso da comunidade para resolução ou encaminhamento das ocorrências relativas ao processo saúde e doença, visualizado pelo percentual obtido de 81,82%. Acerca da qualidade da assistência, 80,91% considera o atendimento de ótimo a bom e apenas 5,91% classificam-no de regular a ruim.

Gráfico 1: Satisfação acerca dos serviços do Posto de Saúde Dom Bosco, Itajaí, 1995 SC.



Considero importante ressaltar que, a par da capacidade instalada do Posto de Saúde Dom Bosco, a comunidade confere-lhe ótimo conceito face ao atendimento que é oferecido a ela. Diante disto, manifestam as seguintes necessidades: ampliar o número de médicos (em especial um pediatra) e dentistas e ampliação da área física.

3.4 ATO 3 - APRESENTANDO OS RESULTADOS E CAMINHANDO JUNTOS

3.4.1 Metodologia de trabalho e formação de grupos de interesses

Após o mapeamento, diagnóstico de saúde e tabulação dos dados, era hora de apresentar o resultado encontrado para a comunidade e com ela proceder uma reflexão conjunta. Assim, pude compartilhar informações e com prazer perceber com que curiosidade e interesse eles compunham o processo de análise e encaminhamentos. Isto não se deu ao acaso e somente ao final da etapa de trabalho. Esta etapa consistiu num processo de conquista mútua, da comunidade e enfermeiro, durante os seis meses em que foi realizada a coleta, conferência, sistematização e reflexão dos dados.

Estabeleci a estratégia de trabalhar com grupos por área de interesses, de acordo com o levantamento e mapeamento feitos anteriormente. Estes grupos foram divididos da seguinte forma: posse da terra, energia elétrica, analfabetos/alfabetização, hipertensos e desnutridos.

Coincidentemente, neste momento, eu estava desenvolvendo meu projeto da Disciplina de Prática Assistencial do Mestrado de Assistência em Enfermagem. Assim, aproveitei um trabalho que tinha iniciado para atender minhas necessidades enquanto Enfermeiro Assistencial e revisei-o com base nos referenciais teóricos sistematizados no Mestrado.

Durante o desenvolvimento dos estudos dos referenciais teóricos, mantive um procedimento em que este não se limitasse ao campo acadêmico, mas fosse principalmente um instrumento que subsidiasse as transformações desejadas e necessárias das atividades do Posto de Saúde em um embrião da organização desta comunidade.

Quando abordei os aspectos éticos, relatei que havia uma preocupação na continuidade e efetiva utilização deste estudo, para o planejamento das ações de saúde e para a comunidade, na luta por melhorias nas condições de vida.

Na estruturação das reuniões, busquei referencial na Educação em Saúde e no Diálogo, pois para a primeira reunião destinada a apresentar os resultados e dar continuidade ao processo de discussão a respeito dos problemas da comunidade, reconheci que haviam outros requerimentos. O principal requerimento era estar disponível e preparado para um compromisso maior; não era somente uma reunião, um momento. Afinal, o trabalho era reconhecido como de longo prazo, e era a história do bairro e a minha própria estória naquela comunidade há 4 anos.

Nestas reuniões, reconheci os atores sociais que se dispunham a participar diretamente deste trabalho que estava sendo realizado. Reconheci, também, que a base desse encontro exigia uma interação e diálogo, pois o processo pelo qual optei trabalhar, estimulava o diálogo. Em trabalhos desta natureza, provavelmente sofreria interferência de ruídos se o grupo fosse muito grande. Portanto, preocupei-me com a qualidade e não com a quantidade.

Apesar das reuniões serem abertas, possibilitando que todo e qualquer componente da comunidade tivesse acesso, para os atores sociais relacionados foi feito uma visita domiciliar onde convidei-os pessoalmente, explicando os objetivos da reunião. Visitei os atores sociais, que na minha compreensão demonstravam preocupações e interesses em participar da reflexão da realidade diagnosticada por mim, e na troca de informações com a realidade vivida por eles.

Partindo da premissa de que a educação em saúde pressupõe uma íntima relação do educador com a realidade e que, educar se constitui em exercício diário de reflexão sobre a prática, sem perder de vista a sua potencial transformação, é que estabeleci uma relação dialética de educar e educar-se, ensinar e aprender naquela comunidade. Ao adotar esta concepção de relacionamento educacional, fundamento-me em Freire (1994, p. 69), pois segundo este educador

“a educação é comunicação, diálogo, na medida em que não é transferência do saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”.

Da forma idêntica, Loriger (1993, p. 8), ao se tentar estabelecer conceitos, e atingir consenso através do diálogo é surpreendente

“esforço que têm que fazer para estar: dizendo exatamente o que pretende dizer; escutando entendendo o que os outros dizem; dando razões para suas afirmativas, ou discordâncias; relatando, com argumentos, as discordâncias dos outros em relação a seus pontos de vista; autocorrigindo-se quando convencidos pelos outros de que seus pontos de vista não são verdadeiros completos; fazendo análises e sínteses a todo momento; elaborando mentalmente tudo isto e sendo capazes de expressar verbalmente todo conjunto de elaborações”.

Desta forma, compartilho as idéias de Freire, pois é no diálogo que nos opomos ao domínio de um interlocutor sobre o outro; se isto ocorre não estará ocorrendo uma diálogo e sim um antidiálogo, que no dizer do autor “é o

desamoroso, não é humilde, é arrogante, auto-suficiente. Quebra-se aquela relação de “empatia” entre seus polos, que caracteriza o diálogo. Por tudo isso, o antidiálogo não comunica. Faz comunicado” (id. p. 69).

Marquei a primeira reunião para o dia 18 de outubro de 1995, que contou com a participação de 31 moradores da comunidade. Iniciei a reunião expondo os objetivos do trabalho e solicitamos a autorização para registrar todas as reuniões através de gravação, onde todos os presentes foram favoráveis.

Foi feita uma apresentação de todos os membros presentes e, logo após, apresentei os dados do diagnóstico de saúde, sendo livre a manifestação. Um fato merece destaque nesta reunião. Este fato diz respeito a boatos quanto ao despejos dos moradores do Bairro Nossa Senhora das Graças pela UNIVALI, que teria adquirido o morro para a ampliação do Campus Universitário I.

3.4.2 Grupo: A posse da terra

Para os moradores, pouco adiantava discutir os problemas relacionados com a falta de estrutura de saneamento, principalmente a falta de abastecimento de água pública, enquanto a posse de seus domicílios estava posta em risco. Vê-se assim que as origens do Bairro em terras públicas por doação de políticos, sem planejamento, é um problema que permanece até os dias atuais.

No resgate Histórico do Bairro verifica-se, com muita nitidez no trabalho de Hickenbick (1993, p. 17), como se deu a ocupação das terras do Bairro. Em entrevista realizada com o ex-prefeito Lito Seára, ele relata que após seu governo no ano de 60, o prefeito que assumiu, o Sr. Eduardo Solon Canziani, não fez plano ou loteamento e, com o desenvolvimento de Itajaí, as pessoas que iam chegando a cidade recebiam de doação um pedaço de terra pública. Em 1965, de volta a Prefeitura o Sr. Lito Seára proíbe o ingresso de mais famílias no Bairro, mas nas palavras do próprio ex-prefeito, era tarde demais, o Matadouro estava superlotado.

Outro momento no histórico do Bairro quanto a posse da terra foi no período de 1970/1973, na qual segundo o Prof. Édison D'Avila, o governo, através

do Instituto de Reforma Agrária de Santa Catarina (IRASC) criou uma política do uso e ordenação do solo fazendo a doação de título de posse da terra a diversos moradores. Outro fato histórico que remete à questão da posse da terra é a remoção de dezenas de moradores para a construção do Presídio Regional de Itajaí e a construção da estrada Contorno Sul, ocupado o espaço da antiga estrada de ferro.

Vê-se, assim, que a preocupação da posse de terra é procedente, pois apesar de morarem a mais de 30 anos no Bairro, não possuem o título de posse e sofrem com ameaças contínuas de remoção por parte do poder público.

Durante a reunião procedeu-se reflexão sobre: água, lixo, esgoto e energia elétrica. Entretanto, foi consenso do grupo que o primeiro assunto, dado sua importância, a ser tratado seria a questão da posse da terra e a esclarecimentos sobre as possível desapropriação do Bairro, promovida pela UNIVALI.

Para tanto, foram escolhidos quatro representantes que ficariam, juntamente comigo, responsáveis em conhecer a veracidade dos comentários junto a UNIVALI e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e, posteriormente, em nova reunião, seria feito um relato das informações obtidas junto a estes dois órgãos.

Foi consenso também que após estes contatos e conforme os resultados, haveria mobilização para saber quais os projetos existentes, se estes atenderiam as necessidades da comunidade, localização, prazos para sua realização. Caso os comentários fossem “boatos”, o grupo retornaria e discutiria seu principal problema, a falta de abastecimento público de água.

Outro assunto debatido com um subgrupo que se formou espontaneamente, por afinidade de problema, foi referente a energia elétrica, pois os moradores não possuíam relógio medidor de consumo de energia elétrica, dependendo de extensões (rabichos) dos vizinhos. Este “rabichos” chegavam a atender até oito domicílios com extensões em péssimo estado de conservação, criando um risco de acidentes pessoais e patrimoniais permanentes para os moradores, bem como sendo um ponto freqüente de discórdia na comunidade, no rateio da conta.

Formou-se um grupo de pessoas interessadas em resolver o problema e procurar a Companhia de Eletrificação de Santa Catarina (CELESC) e debater o problema de falta de iluminação no morro, bem como a possibilidade de instalação de poste para viabilizar a instalação de relógios individuais nas residências.

O grupo decidiu que a próxima reunião seria somente após a comissão da posse da terra dispor de respostas para as dúvidas levantadas, ficando a própria comissão responsável pela mobilização e que, para esta, seriam convocados todos os moradores do Bairro Nossa Senhora das Graças.

A comissão marcou reunião com os dirigentes da Reitoria da UNIVALI, sendo recebida pelo Secretário Geral, ocasião na qual ouviu do representante que houve um debate no Conselho Universitário sobre a possibilidade da UNIVALI comprar estes terrenos para sua expansão, mas tal idéia foi considerada infundada em virtude do espaço ser insuficiente para os projetos futuros de instalação de um Centro Tecnológico. Outro ponto exposto pelo representante da Reitoria era da dificuldade de passar uma lei de desapropriação desta área circunvizinha à Universidade.

Diante das respostas obtidas, a comissão considerou-se satisfeita e marcou uma nova reunião para o dia 27 de novembro de 1995, com objetivo de relatar a visita à UNIVALI e debater qual o próximo problema a ser enfrentado pelo grupo.

Nesta reunião compareceram 42 pessoas, que após muito debaterem sobre os relatos da Comissão, foi decidido aprofundar o assunto conversando sobre a questão dos títulos de posse da terra. Por trabalhar na Prefeitura, fiquei encarregado de agendar uma entrevista com o Sr. Prefeito Municipal ou com o Secretário de Desenvolvimento Urbano. Todas as tentativas foram infrutíferas, pois não foi possível agendar uma reunião com o Sr. Prefeito. Mas, o esforço possibilitou apenas uma conversa informal com o Sr. Secretário Municipal de Desenvolvimento Urbano, onde ele relatou que não haveria a menor possibilidade de alguma ação de oficializar os títulos da terra neste momento no Matadouro.

Tal resultado foi comunicado à Comissão. Face a isto, houve uma desmobilização do grupo em torno do assunto, ficando mais uma vez a

comunidade a mercê das decisões políticas implícitas e não comunicadas à população.

Considero oportuno destacar que não posso afirmar ter ocorrido realmente uma desmobilização da comunidade, porque, em decorrência de ter-me submetido à intervenção cirúrgica de grande porte, estive ausente da comunidade por cerca de seis meses. No meu retorno, encontrei movimentos diversificados frente ao período de eleições municipais, decorrendo em adiamentos de diversas trabalhos, inclusive, uma nova organização do trabalho discutindo a criação da Associação de Moradores.

As atividades foram, como já mencionei, desenvolvidas por grupos temáticos, sem que perdessem o vínculo entre si. A permanência destes vínculos se deram em virtude de que permaneciam presentes os diversos representantes da comunidade, por tratar-se de reunião aberta, bem como pela continuidade do enfermeiro. Os atores sociais se diferenciavam, mas o vínculo-objeto praticamente eram semelhantes.

3.4.3 Grupo: analfabetos/alfabetização

O grupo de alfabetização teve seu início em outubro de 1995. Ele foi estruturado a partir do grande sonho em entender as letras, acompanhado do sentimento de vergonha de não saber ler manifestado por “alguns plenos e belos personagens” residentes, não por acaso, naquele bairro e que, com a ajuda deles, foi possível encaminhar os próximos passos do trabalho a seguir relatado.

Listados todos os presumíveis analfabetos e com o auxílio do mapa atualizado do Bairro (atividade já descrita), realizei visita domiciliar convidando-os para uma reunião para discutir possibilidades para alfabetização. Na primeira reunião compareceram quatro pessoas e três justificaram a não participação. Interessante que uma das possibilidades identificadas foi organizar um grupo e conquistar a alfabetização. Assim sendo, encaminhei as atividades como a seguir registro.

Na primeira reunião, discutiu-se como estruturar o grupo, dia, horário, local e material didático. O grupo optou por duas reuniões semanais, com duração de duas horas, sendo o local para as aulas uma sala do Parque Dom Bosco e, nessa ocasião, ofereci-me para auxiliar o processo ensino-aprendizagem na condição de facilitador.

O material didático foi confeccionado com a ajuda de uma pedagoga e utilizando o referencial de Paulo Freire para alfabetização de adultos. O material foi conseguido por doação espontânea de pessoas amigas residentes em Itajaí.

Na primeira reunião, os presentes expuseram o que significava para eles ser analfabeto. Relataram suas vergonhas e mecanismos para superar as dificuldades de não saber ler. Relatos dentre os quais destaco:

“Vou visitar todos os amigos a pé, numa caminhada de 4 ou 5 km com medo de pegar o ônibus errado

Meus amigos escreveram o nome do ônibus que eu deveria tomar, assim eu colocava o papel dentro da revista fingindo que estava lendo e me dirigia ao trabalho”.

Os alunos eram unânimes ao afirmarem que:

“Não era possível descrever ou imaginar o que significava para eles sujar os dedos de tinta azul todas as vezes que tinham que assinar um documento, eles se sentiam menor, ou menos importante com vergonha de tudo e de todos.”

Para Freire (1983, p.72), a

“alfabetização não pode se fazer de cima para baixo, nem de fora para dentro, como uma doação ou uma exposição, mas de dentro para fora, pelo próprio analfabeto, somente ajustado pelo educador”.

Isto desvela que a educação precisa ser compreendida e vivida como uma ação reflexiva que busca, acima de tudo, a mudança, sendo uma ação política fundamental na busca da transformação ou ainda, usada para manutenção da

realidade, do homem pelo homem, na maioria das sociedades tem ainda, sido usada para preservação do "status quo".

Como enfermeiro e educador, considerei fundamental romper a estrutura da educação bancária e exercitar com eles e, conseqüentemente, comigo mesmo, uma prática dialógica, onde a ação educativa fosse emancipatória e contribuísse para o mínimo do direito da cidadania: ler e escrever o próprio nome.

O grupo de alfabetização teve a duração de três meses, com a participação de seis alunos. Foi interrompido porque o marido de uma aluna, quando alcoolizado, comparecia aos encontros do grupo, portando arma e expressando ameaças. Face a isto, o grupo foi desmobilizado tendo conseguido que 67,0% dos integrantes conquistassem a meta mínima: ler e escrever o próprio nome. Dentre estes integrantes, a própria aluna, cujo marido foi um dos determinantes de suspensão das atividades do grupo. Além disso, outros determinantes provocaram a suspensão das aulas: festas de final de ano; férias do próprio Parque, ano de eleições e, finalmente, a licença do próprio enfermeiro em consequência de uma cirurgia.

No mês de março de 1997, soube de um curso de alfabetização promovido pela Pastoral da Criança. Procurei sua coordenadora e me dispus a entregar o mapeamento de todos os analfabetos da comunidade, bem como visitar os meus ex-alunos e propor que estes participassem do Curso. A Coordenadora incorporou a idéia, e dois dos alunos dentre aqueles que reconheciam e escreviam o próprio nome, deram continuidade aos estudos.

Segundo relato feito por líder comunitário, o curso conta hoje com 12 (doze) alunos.

3.4.4 Grupo: hipertensos e desnutridos

Na continuidade das atividades deste relato, dois outros grupos foram estudados: os hipertensos e os desnutridos.

O primeiro grupo foi composto identificando os hipertensos que procuraram o Posto em decorrência deste problema consigo, ou com algum componente da

família. A seguir, com a colaboração dos Acadêmicos de Enfermagem da UNIVALI, foram localizadas as residências no mapa e realizadas visitas domiciliares aos hipertensos cadastrados. As visitas objetivavam detectar o nível de informação sobre o problema de saúde do morador, buscando estabelecer um diálogo. Este diálogo visava à interação do hipertenso e permitisse a Educação em Saúde.

Para Branco (1996, p. 13),

“muitos indivíduos podem ter uma vida praticamente normal quando a Hipertensão Arterial é moderada, porém quando há falta de informação e/ou desinteresse do próprio paciente e da equipe multiprofissional o quadro clínico do próprio paciente tende a complicar-se gradativamente, aumentando o risco cardiovascular”.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993) aponta a hipertensão arterial como um grave problema de saúde pública no Brasil, cujo controle depende do conhecimento da doença em seus aspectos fundamentais, principalmente os aspectos sociais, em que fundamentalmente podem ser encontrados as razões de desenvolvimento.

Para Branco (1996, p. 45)

“a hipertensão arterial é hoje um sério problema de saúde; atingindo 15 % a 18% da população acima de 20 anos, sendo o mais grave que a maioria dos hipertensos não estão fazendo tratamento ou estão inadequadamente tratados. Isso leva a um aumento do risco de eventos mórbidos cardiovasculares”.

Este quadro, no entanto, pode ser revertido ou amenizado por meio de um controle eficiente e ações de educação em saúde (conceito desenvolvido anteriormente), dirigidas para a detecção, acompanhamento, controle e tratamento higieno-dietético e/ou medicamentos.

Buscando seguir alguns passos para o tratamento dos hipertensos, estabeleci, como estratégia, a orientação individual em vez de grupai, face aos compromissos assumidos e ao fato de que a continuidade do trabalho em grupo seria inviabilizada.

Com a visita domiciliar realizada pelos acadêmicos de Enfermagem, era verificada a Pressão Arterial, e a partir desta técnica básica, iniciava-se a busca de informações quanto a: a) controle contínuo ou freqüência da verificação da PA; b) uso e disponibilidade de medicação e medidas higieno-dietéticas. Os acadêmicos emitiam um relatório que, ao final do dia de estágio, era debatido por todo o grupo e colhidas as sugestões para o retorno a ser feito ao hipertenso no outro dia.

Como os estágios não são contínuos, orientava-se para que o hipertenso fizesse o controle diário no Posto de Saúde, no qual o Enfermeiro e a Equipe de Enfermagem do Posto estavam preparados para realizá-lo, de forma contínua, os seguintes procedimentos: a pressão arterial, o agendamento de consulta médica, o aviamento de receitas e as orientações gerais sobre seu problema de saúde.

Este trabalho apresentou resultados positivos, aumentando o número de pessoas no Posto para controle de pressão arterial no período subsequente às visitas, bem como a procura pelo Enfermeiro, para orientações quanto à medicação, controle e medidas higieno-dietéticas.

No segundo semestre de 1996, ao co-orientar a monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, sobre Hipertensão Arterial: mapeamento e perfil dos portadores no Bairro Votorantin, tive a oportunidade de aplicar processo metodológico equivalente ao utilizado no Bairro Nossa Senhora das Graças. Entretanto, o fato do Posto de Saúde do Votorantin estar ligado a um Grupo de Hipertensos sob a orientação da Pró-Reitoria Pesquisa e Extensão da UNIVALI, já implicava um encaminhamento distinto.

O trabalho com os hipertensos contribuiu para refletir sobre a viabilidade de ampliação do Projeto de Extensão de Hipertensos ao Bairro Nossa Senhora das Graças, assim que a professora responsável e o enfermeiro do Posto de Saúde Dom Bosco tivessem concluído seus estudos no Doutorado e no Mestrado, respectivamente.

Outro grupo foi organizado em torno das crianças com desnutrição. Numa ação articulada com a Pastoral da Criança e líderes comunitárias, foram cadastradas todas as crianças identificadas como desnutridas. Nesta operação, a Pastoral da Criança se responsabilizava pelo controle de peso, medida e

complementação alimentar, utilizando a cozinha alternativa, enquanto que o Posto de Saúde se responsabilizava com a assistência de saúde.

Esta articulação se deu de modo informal, mas está apresentando resultados favoráveis, isto é, o Serviço de Saúde e Pastoral juntamente com a comunidade têm viabilizado a resolução de um dos problemas das comunidades carentes: a desnutrição e o óbito com crianças menores de 5 anos.

Para Bolzan (1997, p.10)

“ao concordarmos que a miséria é fruto de um crescimento populacional acelerado, estaríamos admitindo que as precárias condições sociais em que vivem são resultados de sua incapacidade de produzir riquezas e de ascender na pirâmide social. Argumentações desse tipo, serviram para ocultar as verdadeiras causas da fome”.

O documento da Pastoral da Criança reforça o raciocínio anterior ao promover ações de resgate da qualidade de vida da criança, assumindo que é compromisso ético

- reduzir a mortalidade infantil,
- lutar para que a criança seja respeitada e valorizada pela sociedade,
- promover a saúde das mães e das crianças menores de 6 anos, e as habilidades para uma vida saudável.

Entendo que existe a possibilidade de uma articulação entre o Posto de Saúde e a Pastoral da Criança, pois os dois trabalhos se complementam à medida que os objetivos são comuns no que se refere à melhoria das condições de vida das crianças e redução da mortalidade infantil.

Através das declarações de nascidos vivos, a Pastoral tem uma fonte de informação para a busca de crianças recém-nascidas, e o Posto tem, através do acompanhamento de peso e medida feito mensalmente pela Pastoral, uma avaliação da desnutrição no Bairro, bem como o encaminhamento dos casos graves para um trabalho conjunto de superação da fome e mortalidade infantil.

Outro aspecto que deve ser valorizado nesta articulação interinstitucional é no que se refere à imunização, na qual a Pastoral, através de suas líderes comunitárias, acompanha, avalia e encaminha as crianças com o esquema vacinal de rotina em atraso.

No Bairro Nossa Senhora das Graças, o Posto de Saúde, no segundo semestre de 1996, vinha acompanhando seis crianças com desnutrição grave, sendo quatro destas encaminhadas para a Pastoral da Criança, e obtendo um importante ganho de peso com o uso da cozinha alternativa. Das crianças encaminhadas, uma foi a óbito por insistência da mãe em retirar do Hospital antes de completar o tratamento que vinha recebendo, apesar de todas as orientações do Enfermeiro, trabalho de ensinamentos e desinfestação do terreno por parte dos Acadêmicos de Enfermagem, insistentes recomendações da Coordenadora da Pastoral da Criança. A mãe, entretanto, dizia firmemente que era uma provação divina.

Considero estas articulações importantes para somar esforços, tendo como beneficiada toda a comunidade, pois com as ações desenvolvidas de modo articulado, evita-se pulverizações e duplicidades que dividem, enfraquecem e distorcem o objetivo maior e mais importante: a recuperação e desenvolvimento da criança.

3.5 ATO 4 - A FORÇA DA LUTA: RESGATANDO A CIDADANIA

A história dos movimentos urbanos datam do processo de colonização brasileira. Mais uma participação explícita tem seu início em 1934 com a criação Sociedades Amigos da Cidade (SAC), que no ano de 1950 foram substituídas pelas Sociedades Amigos de Bairros (SABs). Com a perda do espaço político devido a dificuldades em relacionar-se com a comunidade e o governo ditatorial, estas entidades deixaram espaços importantes para outras entidades. (Ammann, 1991)

Para o mesmo autor, o “movimento social é uma ação coletiva de caráter contestador, no âmbito das relações sociais, objetivando a transformação ou a preservação da ordem estabelecida na sociedade” (Ammann, 1991, p. 22).

No Brasil as

“manifestações populares de dissidência, iniciadas em meados dos anos 70, tiveram de lidar com a realidade de, no passado imediato, a sociedade haver presenciado a completa destruição de toda forma de expressão popular organizada, cujo apoio eles pudessem contar. Tudo que restou neste nível político foram pequenos grupos, como os Clubes de Mães, as Associações Locais, as comunidades de base da Igreja Católica” (Machado, 1991, p. 129).

A mesma autora explica ainda que

“o fato destas organizações não mais serem vistas como canais de manifestações das reivindicações populares, por aliarem ao regime ditatorial, deixou aberto um espaço logo ocupado por outras formas de participação organizada. A maioria dessas surgiu por meio de Comunidades Eclesiais de Base - CEBs, que representaram o segundo momento da história das mobilizações populares (id., ibid.)”.

No Bairro Nossa Senhora das Graças, mais conhecido como Matadouro, a História está marcada pela busca constante de uma vida melhor, gente humilde, simples, pobre, sem estudo, mas trabalhadora, que constrói sua primeira Igreja em mutirão em 1950, também em mutirão constrói e inaugura sua primeira escola em 1952, preocupados que estavam com o futuro de seus filhos. Constrói, a partir de 1961, o Parque Dom Bosco, mantido pela Congregação Salesiana. Se estas iniciativas foram consideradas positivas, não se podia negar o crescimento. Na comunidade, ele é inevitável e com ele o processo de favelamento, os problemas de infra-estrutura e saúde, a marginalidade e a marginalização do Bairro.

Dentre as alternativas de organização social, em 1984 surgiu a Associação de Comunitária do Bairro Nossa Senhora das Graças. Para o bairro e para este momento da vida política brasileira, esta iniciativa foi considerada estratégica

dentro do movimento de ressurgimento de movimentos de Bairro. Estes movimentos de bairro eram apoiados pelos Governos Municipais, os quais, saindo do sistema ditatorial, valiam-se da organização comunitária para o seu grande triunfo eleitoral. O modelo destas organizações surgiu no final da década de 70 e serviram de modelo para os novos prefeitos interessados nas eleições ocorridas em 1983. Nesta linha, diversos foram os exemplos. Em Lages (SC), cujo lema *A Força do Povo*, a administração pública municipal colocou-se a serviço da comunidade, priorizando a saúde, a educação e a cultura, e estimulando a organização popular. Neste sentido, Lages serviu de modelo para Criciúma (SC), Blumenau (SC), Joinville (SC), Itajaí (SC) e muitas outras cidades espalhadas por todo território nacional.

Em Itajaí, o Poder Municipal neste período criou o Departamento do Bem-Estar Social, ligado a Secretaria de Educação, Saúde e Bem-Estar Social, com o objetivo de organizar as Associações de Moradores nos Bairros do Município. Este é o caso do Bairro Nossa Senhora das Graças, que em 1984 formou a sua Associação de Moradores, incentivados e assessorados por Assistentes Sociais da Prefeitura. As atas da Associação de Moradores desvelam o cotidiano dessa comunidade, a continuidade de uma história de luta e desamparo. Num esforço extraordinário, a Associação elegeu uma diretoria e elaborou um estatuto, buscando o registro dentro das normas legais.

É possível, através das atas, fazer o resgate do contrato que se estabeleceu entre a Associação e os poderes públicos, principalmente a partir da reunião histórica de 22/05/84 , na qual o Prefeito Municipal, emocionado parabeniza o povo do Bairro pela iniciativa e capacidade de organização, apoiando as reivindicações dos moradores e prometendo que faria naquele bairro “UM AMBIENTE GOSTOSO DE SE MORAR”. (Ata da Associação de Moradores, 22/05/1994).

As reuniões se sucederam e os membros da Associação buscaram formas de atender as reivindicações básicas dos moradores e trazer para o bairro as benfeitorias necessárias. Como sói ocorrer, surgiram as dificuldades rotineiras, como a ausência dos membros da diretoria, desistências, falta de verbas e,

principalmente, falta de apoio do Poder Público. A Associação tentou superar as dificuldades, preenchendo os cargos vagos, fazendo coleta entre amigos para pagar as despesas da Associação.

Nota-se claramente neste momento, o interesse politiquês do poder público ao incentivar a Associação, mas não dando a menor condição para seu funcionamento. As promessas de obras, melhorias continuam somente no discurso não sendo operacionalizado nada na prática. Este retrato de descumprimento fica expressado na Associação, em outubro.

Neste mês, providenciaram uma carta aberta à população vinculada nos jornais da cidade, na qual lembram ao Prefeito e seus Secretários dos compromissos e promessas feitos a trezentos moradores no dia 22/05/84. No mês de dezembro, na última reunião de 1984, realizou-se uma avaliação. Foi lido o artigo publicado no Jornal do Povo, relatando as lutas da Associação pela melhoria das condições de vida dos moradores do Bairro Nossa Senhora das Graças. Conscientes dos prós e contras da trajetória realizada até então, a Associação traçou metas para o próximo ano no sentido de se fortalecer e alcançar os principais objetivos.

O ano de 1985 foi marcado por evasivas por parte do poder público municipal, continuando fugindo de seus compromissos assumidos diante dos moradores. Desta forma, a Associação sobreviveu até julho de 1985, data da última ata de reunião.

Bolzan (1997, p. 31) coloca que a

"Associação é como uma criança que tateia aprendendo a se movimentar no mundo, a falar, a se fazer ouvir. Associação de Moradores do Bairro Nossa Senhora das Graças sequer chegou à meninice, não resistiu às pressões ambientais, faltou alimento e estímulo, adoeceu e estagnou no seu crescimento e desenvolvimento".

Esta criança volta a ter o alimento necessário a partir da iniciativa da Pastoral da Criança que ao procurar o apoio de grupos para o reforço de suas atividades procurou a Associação de Moradores e descobriu que esta inexistia.

Assim, nos primeiros dias do mês de julho de 1996, os moradores do bairro foram convidados pessoalmente pelas líderes da Pastoral da Criança e Estagiárias do Curso de Graduação em Psicologia para debater a formação da Associação de Moradores.

Bolzan(1997, p. 72) relata que na primeira reunião compareceram doze moradores, isto em virtude da Associação estar desacreditada pelo ocorrido em 1984, na qual não conseguiu concretizar as promessas feitas , levando-a à desmobilização.

Assim, a Pastoral da Criança juntamente com as estagiárias investiram na estratégia de visitas domiciliares onde esclareciam a importância da presença de todos nas reuniões e da importância de uma nova Associação de Moradores para o bairro. Para tanto, foi feito um calendário de reuniões. As reuniões consistiam de dinâmica de grupo, fortalecendo a necessidade da comunidade de se organizar. Na reunião de 29/08/96, o grupo decidiu fazer um abaixo assinado, solicitando a construção de uma passarela sobre a Rodovia Contorno Sul, rodovia de tráfego intenso e rápido que corta a comunidade.

Neste momento, retornei de minha licença de saúde e soube da formação da Associação. Procurei a Coordenadora da Pastoral da Criança e a Estagiária de Psicologia, colocando-me à disposição no processo de reestruturação da Associação de Moradores. Após relato das dificuldades em virtude da vinculação da Associação com a campanha política desse ano, via-se a Diretoria provisória cada vez mais envolvida com interesses político-partidários em detrimento do trabalho de organização comunitário, colocando em risco todo o processo iniciado.

Assim, sugeri á Coordenadora que “freiasse” o processo até as eleições. Desta maneira, poder-se-ia desenvolver o trabalho sem influência política partidária. Após uma reflexão do grupo que estava participando das reuniões, ficou decidido que a) haveria maior divulgação das reuniões; b) a diretoria seria

provisória até ter condições de se chamar uma eleição; c) registraria a Associação e seus estatutos, tornando-a legal.

Em 05 de dezembro foi realizada a eleição da Diretoria, concorrendo chapa única, sendo eleita através em Assembléia Geral, bem como foi aprovado o novo estatuto da Associação. Em 13/02 ocorreu a primeira reunião de 97, em que foram tratados assuntos gerais, abrangência territorial da Associação e participação da Diretoria na Reunião das Associações de Moradores.

Em 20/03/97, fui convidado a apresentar o Diagnóstico de Saúde realizado na comunidade. Expus o trabalho, enfocando os principais problemas detectados, como: água, lixo, esgoto, analfabetismo, evasão escolar e os principais problemas de saúde como: AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão, Diabetes e Desnutrição.

Na oportunidade, entreguei um relatório do Diagnóstico de Saúde e um mapa atualizado do Bairro ao Presidente da Associação, bem como me coloquei à disposição da Associação para qualquer esclarecimento. Por fim, convidei-os para participar da Reunião do Conselho Municipal de Saúde (COMUSA).

Considero este momento fundamental na minha estória, pois foi neste momento que cumpri uma importante etapa deste processo, refletindo com a comunidade a realidade diagnosticada/realidade vivida, e, em conjunto, propondo mudança.

3.6 ATO 5 - REVENDO O “VELHO” E DISCUTINDO O “NOVO”: TUDO EM MOVIMENTO

Os resultados alcançados devem ser olhados com um olhar crítico, pois tem-se que considerar que a organização comunitária do Bairro Nossa Senhora das Graças não é novo nem recente. Como vimos na história do bairro, ele é marcado por momentos de mobilização e organização, de conquistas e com sucessivas desmobilizações.

Para Ammann (1991, p. 17)

“as associações de moradores podem ter um cunho meramente promocional, não contestatório. Até aquelas que se organizam para reivindicar melhorias para o Bairro, quando o fazem em forma de ação cooperativa com a ação estatal - não em confronto com ela - são movimentos reivindicativos. Não chegam a ser movimentos sociais, pois estes supõem confronto, não mera cooperação”.

Isto não confere um caráter pejorativo ou conotação negativa aos grupos definidos por Ammann como promocionais, pois estes têm um grande valor. As associações podem se tornar um movimento social de fato. Considero esta passagem de grupo promocional para movimento social fundamental para a organização do Bairro Nossa das Graças e para a superação dos seus graves problemas.

Assim, compete a nós, atores sociais, trabalhar em direção a esta passagem, não permitindo que ocorram momentos de desmobilização. Tal qual acontece ao time de futebol que continua organizado e jogando, com a escola de samba que sai abrilhantando o carnaval de rua de Itajaí e a festa do dia da criança, a Associação de moradores não deve ser uma iniciativa temporal e sim um espaço de luta reivindicatório, no sentido da melhoria das condições de vida da população do Bairro Nossa Senhora das Graças.

3.7 CONCLUSÃO

Este “mostrou” alguns caminhos que talvez devam ser indicados para a continuidade da Associação de Moradores, que são: retomar o debate em torno da posse de terra, manutenção e ampliação do projeto de Alfabetização e criação da comissão local de saúde.

Seguindo o desenho operacional do marco conceitual, este capítulo descreveu o processo de inserção do ator-enfermeiro numa comunidade, bem como a aplicação de instrumentos político-pedagógicos. O autor desenvolveu suas

provisória até ter condições de se chamar uma eleição; c) registraria a Associação e seus estatutos, tornando-a legal.

Em 05 de dezembro foi realizada a eleição da Diretoria, concorrendo chapa única, sendo eleita através em Assembléia Geral, bem como foi aprovado o novo estatuto da Associação. Em 13/02 ocorreu a primeira reunião de 97, em que foram tratados assuntos gerais, abrangência territorial da Associação e participação da Diretoria na Reunião das Associações de Moradores.

Em 20/03/97, fui convidado a apresentar o Diagnóstico de Saúde realizado na comunidade. Expus o trabalho, enfocando os principais problemas detectados, como: água, lixo, esgoto, analfabetismo, evasão escolar e os principais problemas de saúde como: AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão, Diabetes e Desnutrição.

Na oportunidade, entreguei um relatório do Diagnóstico de Saúde e um mapa atualizado do Bairro ao Presidente da Associação, bem como me coloquei à disposição da Associação para qualquer esclarecimento. Por fim, convidei-os para participar da Reunião do Conselho Municipal de Saúde (COMUSA).

Considero este momento fundamental na minha estória, pois foi neste momento que cumpri uma importante etapa deste processo, refletindo com a comunidade a realidade diagnosticada/realidade vivida, e, em conjunto, propondo mudança.

3.6 ATO 5 - REVENDO O “VELHO” E DISCUTINDO O “NOVO”: TUDO EM MOVIMENTO

Os resultados alcançados devem ser olhados com um olhar crítico, pois tem-se que considerar que a organização comunitária do Bairro Nossa Senhora das Graças não é novo nem recente. Como vimos na história do bairro, ele é marcado por momentos de mobilização e organização, de conquistas e com sucessivas desmobilizações.

Para Ammann (1991, p. 17)

“as associações de moradores podem ter um cunho meramente promocional, não contestatório. Até aquelas que se organizam para reivindicar melhorias para o Bairro, quando o fazem em forma de ação cooperativa com a ação estatal - não em confronto com ela - são movimentos reivindicativos. Não chegam a ser movimentos sociais, pois estes supõem confronto, não mera cooperação”.

Isto não confere um caráter pejorativo ou conotação negativa aos grupos definidos por Ammann como promocionais, pois estes têm um grande valor. As associações podem se tornar um movimento social de fato. Considero esta passagem de grupo promocional para movimento social fundamental para a organização do Bairro Nossa das Graças e para a superação dos seus graves problemas.

Assim, compete a nós, atores sociais, trabalhar em direção a esta passagem, não permitindo que ocorram momentos de desmobilização. Tal qual acontece ao time de futebol que continua organizado e jogando, com a escola de samba que sai abrilhantando o carnaval de rua de Itajaí e a festa do dia da criança, a Associação de moradores não deve ser uma iniciativa temporal e sim um espaço de luta reivindicatório, no sentido da melhoria das condições de vida da população do Bairro Nossa Senhora das Graças.

3.7 CONCLUSÃO

Este “mostrou” alguns caminhos que talvez devam ser indicados para a continuidade da Associação de Moradores, que são: retomar o debate em torno da posse de terra, manutenção e ampliação do projeto de Alfabetização e criação da comissão local de saúde.

Seguindo o desenho operacional do marco conceitual, este capítulo descreveu o processo de inserção do ator-enfermeiro numa comunidade, bem como a aplicação de instrumentos político-pedagógicos. O autor desenvolveu suas

atividades, construindo com a comunidade mecanismos indicativos de uma Enfermagem comunitária participativa e, sobretudo, eficaz.

CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Este trabalho foi fruto de uma jornada que iniciei em 1993 e não tem data de término da atividade comunitária. Entende-se que o tempo para a caminhada que iniciei com a comunidade está em seus primeiros passos. Utilizando a analogia de Bolzan (1997) é apenas uma criança, que espero, fique de pé, dê seus primeiros passos e depois ande sem pressa, mas firme em direção às conquistas sociais tão necessárias à população.

Lutar pelo seu fortalecimento, pelo resgate da cidadania, que é um processo histórico através do qual , progressivamente, deixa de ser objeto e passa a ser sujeito histórico, consciente e organizado, em condições e capacidade de pensar e construir seus próprios projetos, sem tutela do Estado nem de organizações ou indivíduos extra comunidade, como eu.

Busquei assim demonstrar que Enfermagem deve armar-se de referenciais que a leve no sentido da transformação social, na qual a intervenção nos determinantes do processo saúde não fique limitada à concepção biopsicossocial, mas avance na crítica do papel enquanto atores sociais.

Quando abordei os aspectos éticos, considerei fundamental lembrar alguns pressupostos básicos. Por isso entendo que a sociedade é o espaço organizado pelo homem, inscrito num contexto histórico-político, com sistema de produção e valores que caracterizam temporalmente a vida e o conjunto das pessoas.

Assim, não entendo como falar de ÉTICA E CIDADANIA se milhares de pessoas nem possuem o direito humano básico de comer; entre elas algumas dezenas de moradores do Bairro Nossa Senhora das Graças, sem considerar ainda a falta de saneamento básico, moradia, educação e outros agravos.

Esta convicção está cada vez enraizada no meu trabalho, pois com o levantamento e a formação do grupo de alfabetização vemos que se faz urgente a criação de uma nova ética, inserido no contexto social que ultrapasse os limites dos códigos de ética e leis e a Constituição. Esta nova ética terá que transcender e incorporar o efetivo exercício dos direitos sanitários e de cidadania. Com outro discurso:

“a instituição de uma nova ética em saúde depende da generalização de um novo estatuto para o ser humano, para fazer-se sujeito. Um estatuto fundado na autonomia, na liberdade, sempre em confronto com a responsabilidade social (Campos, 1994, p. 61)”.

E esta responsabilidade social nos obriga, por afinidade ideológica, a intervir no processo saúde-doença da coletividade, que significa atuar no modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, assim sendo passa a ser um trabalho a longo prazo que não pode e não deve ser avaliado por índices, produtividade e efetividade.

Eu, enquanto Enfermeiro, sou um ser histórico, com habilitação específica, contando com suporte ético-legal, que articula as transformações no processo saúde-doença individual e coletivo e entendo a Enfermagem, como a ciência e a arte manifesta como prática social que articula transformações no processo saúde e doença do homem e da sociedade através do cuidado. Assim, busquei através do cuidado de Enfermagem, a interação com seres humanos, desenvolvendo ações específicas de Enfermagem ou intermediando ações de outras práticas sociais, num contexto histórico e educativo que visava a transformação do processo saúde e doença.

Utilizando a Epidemiologia como suporte, realizei o diagnóstico de saúde, que me proporcionou a disponibilidade de desenvolver várias ações, principalmente á nível de grupo, utilizando os preceitos do diálogo e educação, para junto com a comunidade realizar uma reflexão sobre a realidade diagnosticada e a realidade vivida.

Este momento de formação de grupos é a etapa do processo na qual você busca a reflexão com o homem sobre a sua realidade ao nível individual e coletivo, visando transformação evolutiva do Ser e da Sociedade.

Os grupos proporcionaram um aprendizado para mim, enquanto Enfermeiro Assistencial, mostrando que a Enfermagem precisa estar socialmente comprometida, bem como aos Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, uma vivência diferenciada até então vividas por eles no Curso de Enfermagem.

Assim considero fundamental procurar responder as seguintes perguntas: para que e para quem está disponível meu conhecimento? Penso que consegui responder estas perguntas e mostrar um entre muitos caminhos que a Enfermagem comunitária pode seguir.

A nível de Serviço Público de Saúde, este trabalho se propõe ser um roteiro para que o Enfermeiro visualize possibilidades de práticas diferenciadas no desenvolvimento de um Sistema Único de qualidade.

À nível de Universidade, que sirva do reflexão para a formação de um Enfermeiro mais crítico e inserido nos problemas da população. Um Enfermeiro cúmplice da realidade, cúmplice da qualidade, cúmplice da maioria e dos excluídos.

Ao me propor finalizar este relato, retomo a trajetória inicial que teve como objetivo desvelar a história de implantação do Bairro Nossa Senhora das Graças e a história de inserção da Enfermagem.

Através de resgate histórico em jornais, documentos, trabalhos acadêmicos, entrevistas, contatos informais, foi possível descrever uma história da história do Bairro, bem como entender a inserção do Posto de Saúde e os serviços de saúde neste contexto, bem como a minha história de enfermeiro assistencial.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, Dilvair de Brito. **Mercado e condições de trabalho da enfermagem**. Salvador. Gráfica Central, 1987.
- AMMANN, Safira Bezerra. **Movimento popular de Bairro: de frente para o Estado em busca do Parlamento**. São Paulo. Cortez, 1991. p.171.
- ASTI-VERA, Armando. **Metodologia da pesquisa científica**. 8ª. Ed.. São Paulo. Globo, 1989, p. 223. Tradução: Helena Guedes Crespo e Beatiz Marques Magalhães.
- BARATA, Rita de Cássia Barradas. **A historicidade do conceito de causa**. Texto de Apoio: epidemiologia I. 2ª ed.. Rio de Janeiro. ABRASCO, 1990, 13-27.
- BARROS. Stella Maria P.F. **Enfermagem Social - seu objeto de trabalho**. Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Manaus, agosto de 1981. p 153 - 159.
- BOLZAN, Leodi Amália; Nascimento, Armanda R., SOARES, Heliete Kurowski. **Relatório final de estágio de Psicologia: trabalho realizado junto à comunidade do matadouro**. 1997.
- BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é participação**. São Paulo, Editora Brasiliense. Coleção Primeiros Passos, 8ª edição, 1.994.

- BOTERF, Gay Le. **Pesquisa participante: proposta e reflexões metodológicas.**
In. **Pensando a pesquisa participante**. Thiolent Rodrigues Brandão 'org' - 3ª ed. Brasiliense, São Paulo 1987, p. 252.
- BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes. **Saúde e previdência: estudos da política social.** CEBES-HUCITEC. São Paulo, 1981. p.625.
- BRANCO, Claudia Elisa; FERNANDES, Carmem Lúcia; CARDOSO, Eliane Aparecida. **Hipertensão arterial: mapeamento e perfil dos portadores no bairro Votorantim.** Itajaí, 1996. Monografia (Graduação em Enfermagem), Univali.
- BRASIL.Ministério da saúde.Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília, 1988. 87p.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social. **Ações Integradas de Saúde: normas gerais aplicáveis à AIS.** Brasília, S/D.
- BRASIL.Ministério da saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. 25p.
- BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde.** São Paulo, UNESP-UCITEC, 1991. 276 p.
- BUKHARIN. N. **Tratado de materialismo histórico.** Laemmert , Rio de Janeiro,1970.p.382.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A ética e os trabalhadores de Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n 43, p.60-63, jul/94.
- CARDOSO, Miriam Limoeiro. **Ideologia do desconhecido - Brasil.** JK - JG 2ª ed.. Rio de Janeiro - Paz e Terra, 1978, p. 459.
- CARRARO, Telma Elisa. **Resgatando Florence Nightingale: a Trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecção.** Florianópolis, 1994, Tese (mestrado em Enfermagem), UFSC.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema único de saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde.** 2º ed. .São Paulo, HUCITEC, 1995. 394.

- CHIANCA, Tânia Couto Machado. **O sistema único de saúde: a proposta de viabilização e a inserção da Enfermagem.** Saúde em debate, No 44, pg. 48-54, set. 1.994.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 1992.
- CORDEIRO, Hésio. **Avaliações da VIIIª Conferência Nacional de Saúde. Tema.** Rio de Janeiro, ano IV, nº7 p. 20-24, agosto/86.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem.** São Paulo, Ícone, 1996. 144p.
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** 6ª ed..Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1983.
- FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1988.
- FACCHINI, Luiz Augusto. **Epidemiologia aplicada aos serviços de saúde.** Pelotas. Mimeo. 1.994.
- FLEURY, Sônia. **Avaliações da VIIIª Conferência Nacional de Saúde. Tema.** Rio de Janeiro, ano IV, nº7 p. 11-22, agosto/86.
- FONSECA, R.M.G.S; BERTOLUZZI, M.R. **Avaliação do cliente em saúde coletiva: Em busca da expressão da humanidade dialética homem-sociedade. Saúde em dabate, No 41, pg. 24-29, dez.94.**
- GARRAFA, Volnei. **Bioética, saúde e cidadania. Saúde em Debate, Londrina, n. 43, p. 53-59, jul/94.**
- GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** São Paulo. Cortez, 1983.
- HICKENBICK, Claudia. **Para onde aponta o dedo de deus? o trabalho do Parque Dom Bosco na comunidade do "Matadouro".** Itajaí, 1993. Monografia (Especialização em História), UNIVALI.
- KWITKO, Marlow. **Reformulação do Sistema de Saúde: apontamentos para contribuição à discussão do tema. Textos da Pré-conferência estadual de saúde.** Florianópolis.1986. (minio).

LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia Geral**. 6ª ed. São Paulo, Atlas, 1995. 334 p.

LORIERI, Marcos Antonio. **O diálogo na comunidade de investigação**. Revista Philos, v. 1, n. 1, 1993.

LUZ, Madel T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80**. Rev. Saúde em Debate. Brasília, nº32, p. 27-31, jun./91.

LUZ, Madel T. **instituições médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia**. 3ª ed. Edições GRAAI Ltda. Rio de Janeiro, 1986. p.295.

MACHADO, Leda Maria Vieira. **Atores sociais: movimentos urbanos, continuidade e gênero**. São Paulo. ANNBLUME , 1995.

MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. **Políticas de saúde no Brasil**. Texto básico do VI Curso de Saúde Pública. Florianópolis, 1986 (mimeo).

MELLO, Cristina Meira. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo. Cortez, 1986.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992, 269 p.

PIETTRE, André. **Marxismo**. Rio de Janeiro, Zahar Editores. 1969, 3 ed. p.373

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a Enfermagem**. Editora Cortez. São Paulo. 1989. p.155.

ITAJAÍ. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**. Secretaria Municipal de Saúde. 1.991.

ITAJAÍ. **RELATÓRIO DE GESTÃO**. Secretaria Municipal de Saúde. 1.995.

PRADO, Marta Lenise. Epidemiologia: instrumento do processo de trabalho do enfermeiro? **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 28, n.2, p. 234-41, ago. 1994

SILVA, Graciete Borges. **A enfermagem profissional: análise crítica**. 2ª ed. São Paulo. Cortez, 1989.

BREILH, Jaime. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo. UNESP/HUCITEC, 1991.

SPECHT, Claudio. **A participação como pressuposto de cidadania.** Perspectiva, Erechim, v.18, nº63, p.47-53.set/94.

SOUZA, Maria de Lourdes; PRADO, Marta Lenise. A epidemiologia como suporte para a assistência de Enfermagem: contribuição ao debate. **Texto e contexto**, Florianópolis, v. 2, n.2, p. 93-99.jan./jun. 1993.

XAVIER, Iara de Moraes. GARCIA, Carmen L. L. NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. A reforma sanitária e participação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, p. 190-198. Jul./dez. 1988.

WENDHAUSEN, Agueda; BRODERSEN, Gladys. Educação em saúde- uma perspectiva. 1994. (mimeo).

WOSNY, Antonio de Miranda. **Nasce o sol no sol nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde.** Florianópolis, 1994. Tese (Mestrado em Enfermagem), UFSC.

ANEXOS

1

GUIA PARA O ESTUDO DE COMUNIDADES

1- DELIMITAÇÃO GEOGRÁFICA:

- LOCALIZAÇÃO, LIMITES, CLIMA, TOPOGRAFIA, ETC.

2- FORMAÇÃO, ORIGEM:

- FORMA DE SURGIMENTO DA ÁREA;
- TIPO DE ÁREA: PLANEJADA, OCUPAÇÃO/INVASÃO;
- SITUAÇÃO ATUAL: TIPO DE URBANIZAÇÃO, DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS PÚBLICOS;
- ORIGEM DA POPULAÇÃO: MIGRAÇÃO RURAL, URBANA, ETC.
- ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL: CLASSES PREDOMINANTES E MINORITÁRIAS;

3- ATIVIDADES PRODUTIVAS:

- TIPOS DE ATIVIDADES PRODUTIVAS PREDOMINANTES NA ÁREA;
- IMPORTÂNCIA DAS MESMAS NO SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA ÁREA;
- ATIVIDADES COM POTENCIAL DE DESENVOLVIMENTO NA ÁREA;

4- DEMOGRAFIA:

- POPULAÇÃO: IDADE, SEXO, ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL, NATURALIDADE, OCUPAÇÃO/CONDIÇÃO DE ATIVIDADE, ETC.
- NATALIDADE, FECUNDIDADE, FERTILIDADE, MORTALIDADE;
- MOBILIDADE DA POPULAÇÃO NO ESPAÇO URBANO (MIGRAÇÃO)

5- TRABALHO:

- POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA E INATIVA (> 12 ANOS DE IDADE: SEGUNDO IDADE E O SEXO;
- DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO;

- PREDOMINÂNCIA DE DETERMINADAS ATIVIDADES PRODUTIVAS POR IDADE E SEXO NA ÁREA;
- OCUPAÇÃO: TIPO DE EMPRESA, FUNÇÃO/ATIVIDADE, POSIÇÃO FRENTE AOS MEIOS DE PRODUÇÃO;
- ORGANIZAÇÃO SINDICAL;

6- CONDIÇÕES DE REPRODUÇÃO SOCIAL:

- HABITAÇÃO: MATERIAL DE CONSTRUÇÃO, TAMANHO;
- SERVIÇOS PÚBLICOS: ÁGUA, ESGOTO, LIXO, ENERGIA ELÉTRICA, ESCOLAS, CRECHES, POSTOS DE SAÚDE, ÔNIBUS, PRAÇAS E PARQUES DE RECREAÇÃO;
- TIPO DE FAMÍLIA: NUCLEAR E EXTENSIVA;
- VIDA ASSOCIATIVA: SINDICATOS, ASSOCIAÇÃO DE MORADORES, GRUPOS ORGANIZADORES (MUSICAIS, FESTIVOS, ETC.);
- ASPECTOS CULTURAIS E RELIGIOSOS;

7- SAÚDE-DOENÇA:

- PERCEPÇÃO SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE: MORBIDADE REFERIDA;
- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: MOTIVOS E LOCAIS;
- NECESSIDADES SENTIDAS: DEMANDA REPRIMIDA NOS PROGRAMAS OU SERVIÇOS DE SAÚDE;
- OPINIÕES SOBRE OS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE;
- CONCEITOS POPULARES EM SAÚDE E DOENÇA;
- PRÁTICAS POPULARES EM SAÚDE: TERAPÊUTICAS, RECURSOS HUMANOS.

EPIDEMIOLOGIA APLICADA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1- EPIDEMIOLOGIA: ESTUDA A DISTRIBUIÇÃO E OS DETERMINANTES DAS DOENÇAS NA POPULAÇÃO (LAST, 1883).

2- CONTRIBUI PARA: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE EM COMUNIDADES; IDENTIFICAR FATORES DE RISCOS INDIVIDUAIS E SOCIAIS E AVALIAR AS AÇÕES DE SAÚDE.

3- MUDANÇA NO ENFOQUE DA PRÁTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

A- CENTRAR O FENÔMENO DA DOENÇA NA FAMÍLIA, NO GRUPO SOCIAL, NA COMUNIDADE E NÃO SÓ NO INDIVÍDUO.

B- PROPORCIONAR ATENÇÃO CONTINUADA E ESTRUTURADA PARA A POPULAÇÃO (OU A DEMANDA POTENCIAL);

C- IDENTIFICAR GRUPOS VULNERÁVEIS OU DE RISCO PARA A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO EFICAZ;

D- CONTROLAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS E O IMPACTO DOS SERVIÇOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO;

4- A EPIDEMIOLOGIA DEVE CONSIDERAR:

A- O TRABALHO RIGOROSO COM UNIDADES NUMÉRICAS DE ANÁLISE (TAXAS, PERCENTUAIS), - PROBLEMAS DOS DENOMINADORES.

B- CUIDADO NA CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS, SINTOMAS E PROBLEMAS APRESENTADOS PELA DEMANDA. C.I.D. E OBSERVAR - O MOTIVO DA CONSULTA, EXPRESSO PELO PACIENTE; - A AVALIAÇÃO/DIAGNÓSTICO MÉDICO, - AS INTERVENÇÕES REALIZADAS OU RECOMENDADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

C- O LEVANTAMENTO OCASIONAL DA PREVALÊNCIA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE, COMO FORMA DE ESTRUTURAR UM DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE;

D- A MONITORIZAÇÃO OU ESTUDO DE ACOMPANHAMENTO (LONGITUDINAL);

E- OS ESTUDOS DE INTERVENÇÃO - AVALIAÇÃO DE PROCEDIMENTOS;

F- OS ESTUDOS DE CASOS E CONTROLES - PARA DOENÇAS POUCO FREQUENTES.

3- ATIVIDADES POTENCIAIS:

a- ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS:

DESENVOLVIMENTO DE PROCEDIMENTOS QUE POSSIBILITEM:

- A IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS DADOS DISPONÍVEIS EM INSTITUIÇÕES COMO:

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE: DADOS DE MORBIDADE, MORTALIDADE, COBERTURA VACINAL;

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: DADOS DA DEMANDA DE PROGRAMAS, CAPACIDADE INSTALADA, ETC.

IBGE: DADOS DEMOGRÁFICOS, SETORES CENSITÁRIOS, MORTALIDADE, CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E SANITÁRIAS DA POPULAÇÃO, DADOS DE MORBIDADE E NUTRIÇÃO.

HOSPITAIS: DADOS DE MORBI-MORTALIDADE, Nº NASCIMENTOS, PARTOS, INTERNAÇÕES.

- A ELABORAÇÃO DE FORMULÁRIOS PRÉ-CODIFICADOS, PARA A COLETA DOS DADOS;
- A CONSTRUÇÃO DE NOVOS INDICADORES A PARTIR DOS DADOS DISPONÍVEIS;
- A ELABORAÇÃO DE BANCOS COM AS INFORMAÇÕES COLETADAS, SE NECESSÁRIO.

b- MAPEAMENTO DE DELIMITAÇÃO DE ÁREAS DE ABRANGÊNCIA:

DESENVOLVIMENTO DE PROCEDIMENTOS QUE POSSIBILITEM:

- A LOCALIZAÇÃO E OBTENÇÃO EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS;
- A ELABORAÇÃO E/OU ATUALIZAÇÃO DE MAPAS E LIMITES DE UMA ÁREA EM ESTUDO, COM A IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DE RUAS OU VIAS DE COMUNICAÇÃO, SERVIÇOS E EQUIAMENTOS SOCIAIS DISPONÍVEIS, DOMICÍLIOS EXISTENTES E CARACTERÍSTICAS TOPOGRÁFICAS MAIS IMPORTANTES;
- A DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA DE UM SERVIÇO OU PROGRAMA DE SAÚDE;
- O CONHECIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA POPULAÇÃO E DOS PROBLEMAS DE SAÚDE SOB ESTUDO.

c- LEVANTAMENTO POPULACIONAL:

DESENVOLVIMENTO DE PROCEDIMENTOS QUE POSSIBILITEM:

- A IDENTIFICAÇÃO DE RECENTSEAMENTOS DDISPONÍVEIS PARA A ÁREA EM ESTUDO E DE SUA ADEQUAÇÃO E ATUALIZAÇÃO;
- A REALIZAÇÃO DE CENSOS E/OU ESTIMATIVAS DEMOGRÁFICAS, COM A ENUMERAÇÃO DE TODA A POPULAÇÃO OU DE UMA AMOSTRA REPRESENTATIVA DE UMA ÁREA DEFINIDA - PODE SER FEITO JUNTO COM O MAPEAMENTO DA ÁREA;
- A DISPONIBILIDADE DE UMA ESTRUTURA AMOSTRAL PARQA SELECIONAR GRUPOS REPRESENTATIVOS DA POPULAÇÃO PARA

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS OU DENOMINADORES PARA CÁLCULO DE COBERTURA DOS PROGRAMAS E DE TAXAS DE MORBI-MORTALIDADE;

- A ADAPTAÇÃO DE PROGRAMAS PARA ORGANIZAR BANCOS DE DADOS COM AS INFORMAÇÕES COLETADAS SOBRE AS FAMÍLIAS
- TIPO, TAMANHO, ASPECTOS DA MORADIA, ETC. - E OS MEMBROS DA POPULAÇÃO - IDADE, SEXO, ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL, OCUPAÇÃO, LOCAL DE RESIDÊNCIA, ETC.

d- DIAGNÓSTICO DE SAÚDE COMUNITÁRIA:

DESENVOLVIMENTO DE PROCEDIMENTOS QUE POSSIBILITEM:

- A ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO SOBRE O DIAGNÓSTICO, INCLUINDO QUESTIONÁRIOS PRÉ-CODIFICADOS, PARA OBTER INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE, MORBIDADE REFERIDA, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (LOCAIS E MOTIVOS DE CONSULTA) E SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA, SANITÁRIA E AMBIENTAL DA POPULAÇÃO DA ÁREA. EX.: PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS PREVALENTES E QUE DEMANDAM MAIOR ATENÇÃO DE SAÚDE, DA ÁREA.
- A SELEÇÃO DA AMOSTRA A SER ENTRVISTADA, ATRAVÉS DOS MÉTODOS SIMPLIFICADOS DE AMOSTRAGEM;
- A COLETA DE DADOS;
- A ADAPTAÇÃO DE PROGRAMAS APLICATIVOS PARA ENTRADA, ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DE DADOS COLETADOS. EX.: EPIINFO;
- A ORGANIZAÇÃO DE PLANO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS E,
- A REALIZAÇÃO DE RELATÓRIOS SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE NA COMUNIDADE ESTUDADA.

e- DIAGNÓSTICO DA CAPACIDADE INSTALADA DOS SERVIÇOS:

DESENVOLVIMENTO DE PROCEDIMENTOS QUE POSSIBILITEM A CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DE SUAS AÇÕES, COMO POR EXEMPLO:

- INFRA-ESTRUTURA MATERIAL: ÁREA FÍSICA, MATERIAL PERMANENTE, EQUIPAMENTOS E MATERIAL DE CONSUMO EXISTENTES.
- RECURSOS HUMANOS: PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

- IDENTIFICAÇÃO DE PROGRAMAS OU AÇÕES DE SAÚDE EXISTENTES.
- OUTRAS CARACTERÍSTICAS: HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, PRESENÇA DOS PROFISSIONAIS, SISTEMA DE REGISTRO.
- A ADAPTAÇÃO DE PROGRAMAS PARA ORGANIZAR BANCOS DE DADOS COM AS INFORMAÇÕES COLETADAS.

f- DIAGNÓSTICO DE DEMANDA:

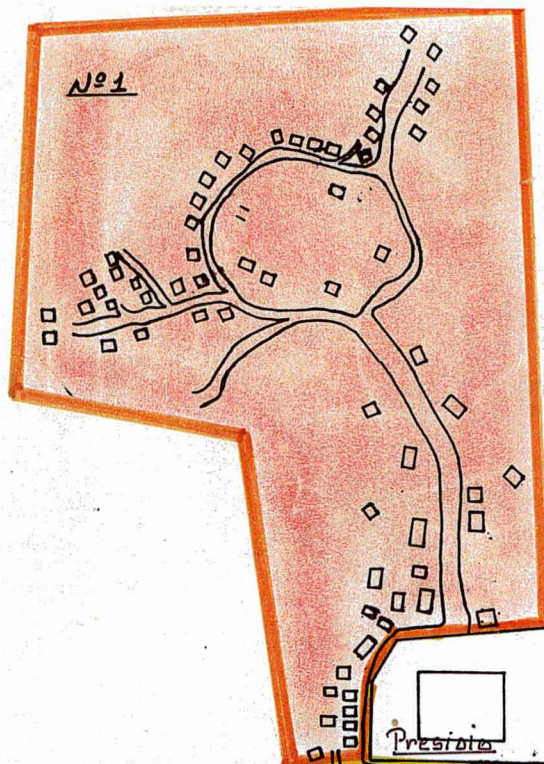
DESENVOLVIMENTO DE PROCEDIMENTOS QUE POSSIBILITEM:

- A ELABORAÇÃO DE QUESTIONÁRIO OU FORMULÁRIO PRÉ-CODIFICADOS, PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE OS CONTATOS ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E A POPULAÇÃO. (EX.: CONSULTAS, VISITAS DOMICILIARES.);
- A COLETA SISTEMÁTICA DE DADOS, POR EXEMPLO DURANTE UM MÊS, RESPEITANDO A SAZONALIDADE DAS DOENÇAS, CASO NECESSÁRIO;
- A ADAPTAÇÃO DE PROGRAMAS PARA A ENTRADA, LIMPEZA E PROCESSAMENTO DE DADOS SE POSSÍVEL EM UM COMPUTADOR;
- A ORGANIZAÇÃO DE PLANO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS E,
- A REALIZAÇÃO DE RELATÓRIOS SOBRE A CARACTERÍSTICA DA DEMANDA ESTUDADA.

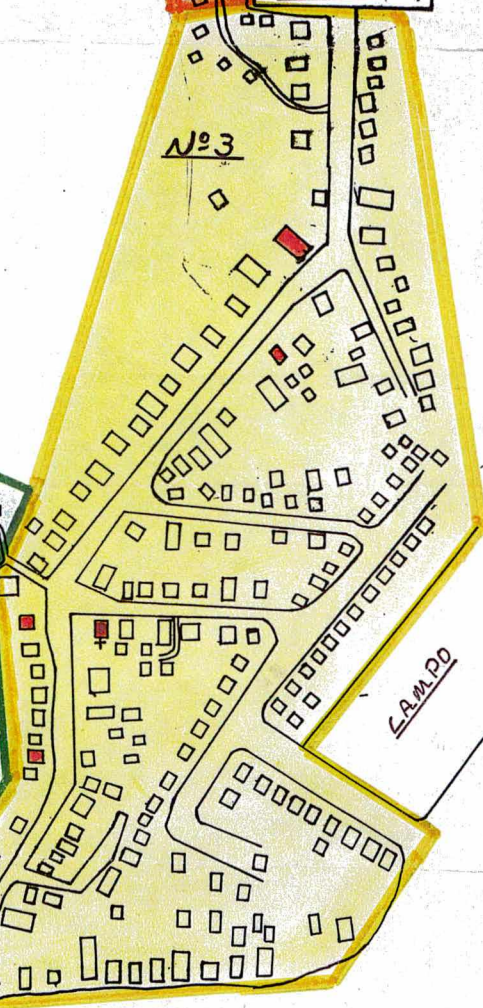
g- AVALIAÇÃO DE DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES:

DESENVOLVIMENTO DE PROCEDIMENTOS QUE POSSIBILITEM:

- A UTILIZAÇÃO INTEGRADA DOS DADOS COLETADOS ATRAVÉS DAS METODOLOGIAS DESCRITAS ANTERIORMENTE, PARA AVALIAÇÃO GLOBAL DE SAÚDE;
- A IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS ONDE DEVAM SER CONCENTRADAS AS AÇÕES COM BASE EM CRITÉRIOS COMO PREVALÊNCIA, CUSTO-EFETIVIDADE E OUTROS PARÂMETROS PRÉ-ESTABELECIDOS;



Morro da
Cruz



VIVALI

Parque Dom Bosco

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
FACULDADE DE ENFERMAGEM DO VALE DO ITAJAÍ
DISCIPLINA: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

INQUÉRITO DOMICILIAR

1) DADOS GERAIS

Bairro: _____
Município: _____ Ponto de Referência: _____
Rua: _____ nº _____
Data: ____/____/____ Início _____ Término _____
Entrevistador: _____
Entrevistado: _____

2) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS HABITANTES

- a) Nome do Chefe de Família: _____
b) Nome da Esposa: _____
c) Constituição Familiar: _____

Parentesco	Idade	Sexo	Ocupação	Escolaridade

d) Procedência Familiar: _____ (

1. Sempre moraram no bairro
2. Vieram de outro bairro
3. Vieram de outra cidade de S.C
4. Vieram de outro Estado
5. Outros: _____

e) Tempo de residência no bairro: (em anos): _____ (

3) HABITAÇÃO

a) Condição de Ocupação _____ (

1. Própria quitada
2. Própria em débito
3. Alugada
4. Cedida
5. Outro: _____

b) nº de moradores no domicílio: _____ (

c) nº de cômodos (excluir o banheiro): _____ (

d) tipo de construção: _____ (

- 1) madeira
- 2) Alvenaria com revestimento
- 3) Alvenaria sem revestimento
- 4) mista
- 5) outra: _____

e) Tem iluminação elétrica? _____ ()
 1) sim 2) não Qual? _____

f) Abastecimento de água: _____ ()
 1) com canalização interna
 2) sem canalização interna

g) Fonte de água de consumo: _____ ()
 1) rede pública
 2) poço
 3) fonte/bica
 4) rio
 5) Outro: _____

h) Destino dos Dejetos: _____ ()
 1) rede pública
 2) fossa séptica
 3) fossa comum
 4) valeta
 5) Outro: _____

i) Acondicionamento do lixo:
 1) latão com tampa
 2) latão sem tampa
 3) saco plástico
 4) terreno baldio
 5) outro: _____

j) Destino final do lixo: _____ ()
 1) coleta pela Prefeitura
 2) enterrado
 3) queimado
 4) jogado em terreno baldio
 5) outro: _____

4) RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS: _____

5) DADOS DE MORBIDADE

a) Houve algum tipo de doença na família? (últimos 12 meses) ()
 1) sim Qual(is)? _____
 2) não

b) Quanto à vacinação as crianças receberam _____ ()
 1) Todas as vacinas
 2) Algumas vacinas
 3) Não tomou vacinas

c) Faleceu alguém que morava na sua casa nos últimos 12 meses? ()
 1) sim Motivo: e idade
 2) não

d) Existem pessoas com problemas de saúde, ou pertencentes a grupos de risco na sua casa? _____ ()
 1-Hipertensão
 2-Diabéticos
 3-cardiopatas
 4-Deficiência Física - Qual: _____
 5-Deficiência Mental
 6-Gravidez
 7-Aids
 8-Outros: _____

6) DADOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

a) Qual(is) o(s) serviço(s) de saúde que mais utiliza? () ()
(preencher até 3 serviços, na ordem decrescentes de utilização)

1. Posto de Saúde Local
2. Posto de Saúde fora do Bairro; Qual: _____
3. Hospital; Qual: _____
4. Particular
5. Farmácia
6. Medicina popular; Tipo: _____
7. Outro: _____

b) Por que prefere frequentar este(s) serviço(s)? _____

1. próximo à residência
2. gratuito
3. baixo custo
4. boa resolatividade
5. confiança nos profissionais
6. é o que conhece
7. ordem médica
8. recurso anterior não resolveu
9. outros: _____

7) DADOS SOBRE O BAIRRO

a) Na sua opinião qual(is) o(s) problema(s) do bairro?

R.: _____

b) A família ou alguma pessoa participa(m) de alguma atividade de comunitária? _____ ()

1. sim
2. não



Prefeitura Municipal de Itajaí

ESTADO DE SANTA CATARINA

M E N S A G E M Nº 001/78.

Senhor Presidente,

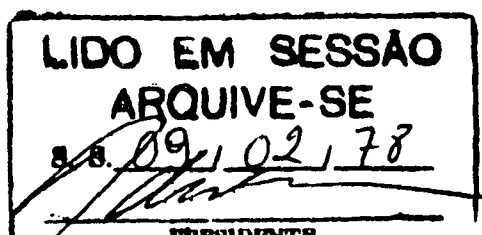
Um dos mais graves problemas que enfrentam as cidades em expansão urbana é o habitacional. Este problema agrava-se / quando uma comunidade recebe um fluxo migratório acelerado, atraído por oportunidades de emprego provocadas pelo crescimento industrial.

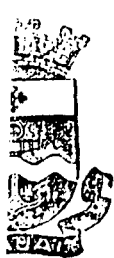
Em nosso Município a muitos anos surgiu um pequeno aglomerado de barracos sem as mínimas condições de higiene e salubridade que se expandiu e transformou-se em verdadeira favela.

Além dos graves problemas de saúde decorrentes da falta de condições sanitárias e da promiscuidade o local tornou-se centro de marginalização infantil e foco de criminalidade.

Consciente o Poder Executivo de que uma atuação / imediatista não resolveria o problema, preocupou-se a Secretaria do Bem Estar Social em elaborar um completo levantamento das condições sócio-habitacional-econômicas daquela região.

Neste levantamento observou-se que a maior parte / da população da área é proveniente de outras cidades do Estado, e mesmo de outros Bairros do Município, num verdadeiro êxodo social, motivado não só pelo baixo poder aquisitivo de que são portadores, como também pelo comportamento, fazendo desta área o esconderijo de seus vícios.





Prefeitura Municipal de Itajaí

ESTADO DE SANTA CATARINA

A totalidade das casas é de construção de madeira, de tamanho reduzido, abrigando um número considerável de pessoas, o que vem ocasionar a promiscuidade e esta automaticamente, a falta de higiene impossibilitando uma vida sadia e mais feliz.

Nas poucas faixas de terra disponíveis inexiste o cultivo de hortas domésticas, o que viria propiciar a esses poucos moradores uma alimentação mais rica e variada, e sobretudo, contribuir no orçamento familiar. Na maioria, a área física do terreno é limitada, e as próprias condições de terra não oferecem fertilidade suficiente para o cultivo de hortas domésticas.

A falta de água, esgoto, saneamento básico, contribuem para o alastramento de doenças infecto-contagiosas e parasitárias.

Através da triagem, foi constatado um índice elevado de crianças, analfabetos, desempregados, pessoas não portadores de documentos, crianças sem registro de nascimento etc.

Pela tabulação das informações, constatamos os seguintes dados os quais gostaríamos de levar ao vosso conhecimento e ao desta Egrêgia Casa:

1. Número de habitantes - total 1.556
2. Distribuídos nas seguintes faixas etárias:

a) 0 a 3 anos	186
b) 4 a 5 anos	70
c) 5 a 6 anos	81
d) 7 a 10 anos	182
e) 11 a 14 anos	171
f) 15 a 17 anos	122
maiores de 18	744
3. Grau de instrução (maiores de 13 anos)

a) analfabetos	254
b) curso primário	629
c) curso secundário	85
4. Frequência a Escola (de 07 a 10 anos)

a) frequentam	237
b) não frequentam	14

Obs:- crianças com menos de 6 anos (337) não frequentam qualquer curso.



Prefeitura Municipal de Itajaí

ESTADO DE SANTA CATARINA

5. Profissões (dos chefes de família)
 - a) empregados 135
 - b) biscateiros 131
 - c) aposentados 35
 - d) desempregados 39
6. Residências
 - a) total 311
 - b) com eminência de desabamento 40
7. Renda "per capita" do Bairro - Cr\$-377,15

Diante da situação exposta e considerando os seguintes pontos:

a) O conceito do Matadouro, dentro do Município de Itajaí é tida como área favelada, cujo índice aumenta consideravelmente de maneira desordenada, provocando um desequilíbrio habitacional atingindo inclusive a infra-estrutura.

b) Sabe-se de antemão, que o desequilíbrio habitacional provoca um desajuste psico-social, onde observou-se um alto índice de marginalização, corrupção de menores, toxicômanos, prostituição e promiscuidade.

c) A área levantada não suporta fisicamente o crescimento favelacional.

d) O fator habitacional, vem sendo para o Município, especificamente no perímetro urbano, um problema complexo e de alta relevância, sendo necessário e quase obrigatório a tomada de posição por parte do poder público, para evitar que o crescimento desordenado venha criar graves problemas de ordem social.

A Prefeitura resolveu implementar um projeto de desfavelamento do Matadouro, para isto torna-se necessário a construção de um núcleo Habitacional para onde gradativamente e com acompanhamento de uma equipe de assistência social e de educação serão transferidos os atuais favelados. Este trabalho será feito de moldes a conscientizar a população, hoje favelada, das vantagens da remoção.

O Governo do Estado de Santa Catarina, através da Companhia habitacional de Santa Catarina - COHAB - implantará em nosso Município um projeto, pioneiro no Estado, de "Casas Embrião" onde se localizará esta população.



Prefeitura Municipal de Itajaí

ESTADO DE SANTA CATARINA

Entretanto, para baratear o custo final das moradias, a fim de que as prestações fiquem em níveis que possam ser absorvidos por aqueles moradores é necessária a participação do Poder Público Municipal no projeto a fim de subvencioná-lo. Normalmente os Municípios doam a área do núcleo, porém neste projeto a COHAB já adquiriu o terreno. Assim enviamos a V. Exa. projeto de lei solicitando autorização para nossa participação no projeto do núcleo habitacional, em valor equivalente ao do custo da área.

Certos de que V. Exa. em conjunto com os membros dessa Egrêgia Casa aprovarão este projeto que visa eminentemente a elevação do nível de vida de uma parcela de nossa população, renovamos na oportunidade protestos de consideração e apreço.

Itajaí, 13 de janeiro de 1978.

Engº AMILCAR GAZANIGA
Prefeito Municipal

Exmº Sr.

DALMO FEMINELA

DD. Presidente da Câmara Municipal de Vereadores

Nesta



Prefeitura Municipal de Itajaí

ESTADO DE SANTA CATARINA

Luado

LEI Nº 1.603, DE 17 DE FEVEREIRO DE 1.978.

AUTORIZA A PREFEITURA MUNICIPAL A PARTICIPAR DE PROJETO HABITACIONAL COM VISTAS AO DESFAVELAMENTO DO BAIRRO MATADOURO.

Art. 1º - Fica a Prefeitura Municipal de Itajaí, autorizada a participar do projeto habitacional a ser implantado pela Cia. Habitacional de Santa Catarina - COMAB - com vistas ao desfavorecimento do bairro Matadouro.

Art. 2º - A participação da Prefeitura, visando baratear o custo final das moradias, será de 2.861,54 Unidades Padrão de crédito do Banco Nacional de Habitação, pagas em 12 (doze) prestações mensais consecutivas de 239,46 UPCs do B.N.H.

Art. 3º - Fica autorizado o Poder Executivo a abrir um crédito especial no valor global da participação, utilizando-se do excesso do arrecadação que se verificar a de anulações totais ou parciais de dotações orçamentárias.

Art. 4º - Ficam revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ, 17 DE FEVEREIRO DE 1.978.

DEPO. ANTONIO CARNEIRO
Prefeito Municipal

[Signature]
Econ. FERNANDO D. PEREIRA
Secretário de Fazenda

[Signature]
IRZÉ ROSINIS BUCKER
Sec. do Bem-Estar Social

[Signature]
CP. CARLOS C. DE CARVALHO
Chefe do Cab. de Planejamento

A Secretaria de Administração registrou e fez publicar a presente Lei.

[Signature]
Del. LAURENÇO BIFFERT JUNIOR
Secretário

BAIRRO MATADOURO OU NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

O bairro Matadouro deriva seu nome do grande matadouro público ali edificado em 1908 pelo prefeito Samuel Heusi, e já demolido. A imponente construção de alvenaria, construída em extenso terreno pertencente ao município, destinava-se ao abate de gado bovino e animais suínos, cujas carnes eram depois entregues nos açougues da cidade. Pelo uso do matadouro municipal, os comerciantes de carnes pagavam uma taxa aos cofres municipais.

Até os últimos anos de 1930, as terras públicas circunvizinhas ao Matadouro Municipal tinham um que outro morador pobre, a quem se permitiu que construísse um casebre para moradia. Foi somente após a 2ª Guerra Mundial e, principalmente, depois da inauguração do ramal ferroviário Itajaí/Blumenau, em 1954, que uma legião de pessoas pobres do interior do Vale do Itajaí, trazidas sucessivamente pelo trem e tentadas a buscar melhor sorte por aqui, invadiu os terrenos públicos daquela área e iniciou a ocupação desordenada. Assim, nos anos 50 e 60, a cidade tomou conhecimento da "Favela do Matadouro", causando preocupações aos poderes públicos, igrejas e instituições de atendimento social.

Em 24 de dezembro de 1950, um grupo de senhoras católicas inaugurou a Capela de Nossa Senhora das Graças, em terreno cedido pelo Município, e resultado dum trabalho de assistência social e educação religiosa por elas desenvolvido desde 1949. A que se referenciar o trabalho pioneiro e ingente da professora Hilda Fischer, como coordenadora do grupo.

O trabalho daquele grupo de senhoras católicas mais avançou, quando se obteve do governo municipal a edificação de um estabelecimento de ensino primário, a Escola Irmã Anchieta, inaugurada em 15 de fevereiro de 1952, cuja denominação homenageava a religiosa da Congregação das Irmãs Irmãs da Imaculada Conceição, emérita professora do Colégio São José. Em 1969, a escola passou a se denominar Grupo Escolar Carlos de Paula Seára, em agradecimento ao prefeito que edificou o novo prédio.

As atenções e programas de promoção social do bairro continuavam ainda com grande participação da iniciativa particular. Em 1961, os padres salesianos, chegados em Itajaí em 1956 para dirigir o Ginásio Salesiano, de-

cidiram dar começo a um trabalho religioso, educacional e de lazer, fundando o "Parque Dom Bosco", em área contígua ao bairro, com atendimento sobretudo a crianças e jovens.

Entrementes, a desordenação urbana e a favelização do bairro mais se acentuavam. O governo municipal, então, pela primeira vez criou política de ordenação do uso do solo, dando título de posse da terra a diversos moradores, no período 1970/1973, através do IRASC-Instituto de Reforma Agrária de Santa Catarina, presidido na ocasião pelo itajaiense Hélio Mário Guerreiro. Foi a forma legal encontrada para regularizar a posse por particulares de terrenos que pertenciam ao poder público, na expectativa de melhoria da configuração urbana do bairro.

Um programa de desfavelização do bairro somente aconteceria em 1980, quando o município desapropriou a área onde se construiria o Presídio de Itajaí e removeu dezenas de famílias para o Conjunto Habitacional Promorar I, no bairro São Vicente. Esta remoção inicial e a construção posterior de outros núcleos habitacionais para a população de baixa renda contiveram a expansão desordenada do bairro Matadouro. Outras melhorias públicas também contribuíram para a gradual superação de algumas das muitas deficiências urbanas e sociais do bairro, que a partir dos anos 80 preferiu ser chamado de Nossa Senhora das Graças; malgrado a demolição escusada da capela patronímica.

Prof. Edison d'Ávila

maio/1995.

Jornal dos Bairros

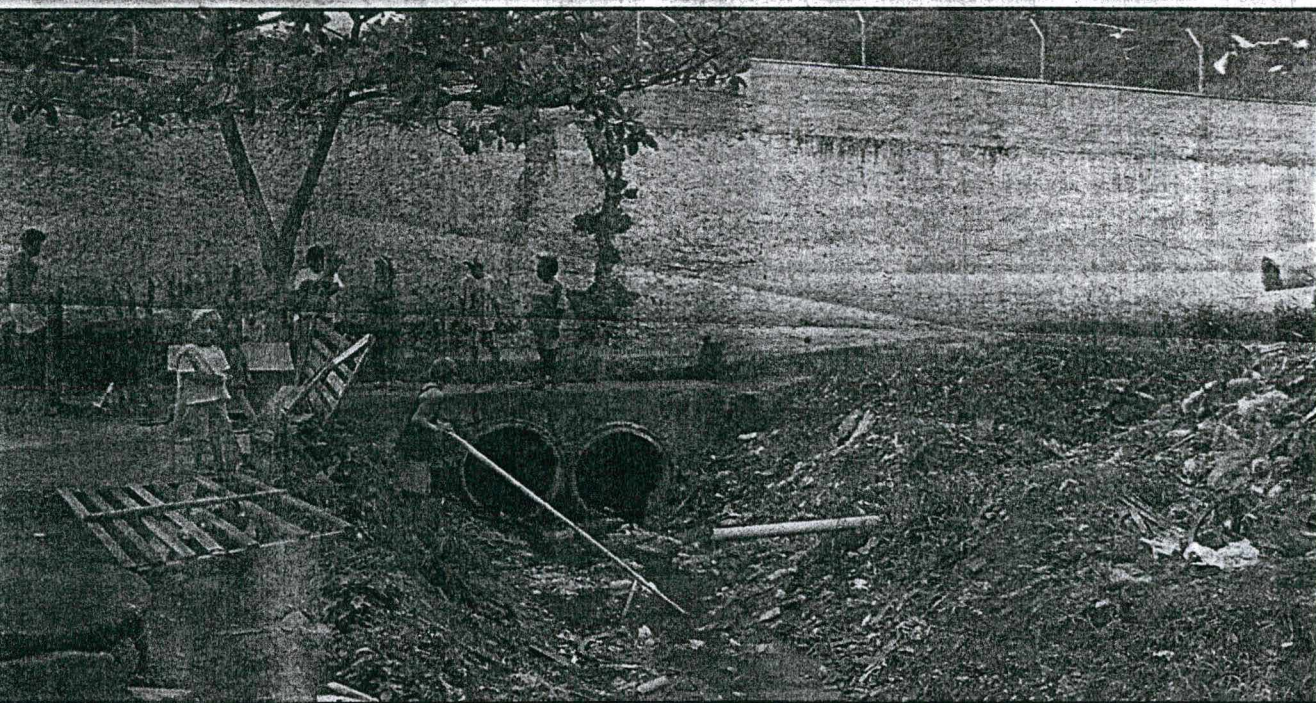
A serviço da comunidade

Ano I - Nº 03 - 06 de Fevereiro de 1997 - Quinta-feira.

Preço do exemplar: R\$ 0,70

CIRCULAÇÃO DIÁRIA

Leptospirose faz vítimas no Matadouro



Falta de saneamento básico leva mãe de família a ser contaminada pela doença e morrer em poucos dias. Página 8

Polícia

Assaltantes levam mais de R\$ 2 mil da "Pitangueira" em Navegantes

Página 5

A dura vida de quem trabalha para alimentar a vaidade dos outros

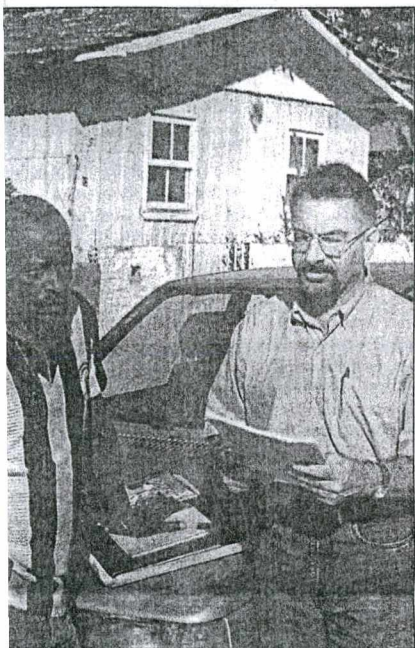
Página 3



Jornal dos Bairros

Ano I - Nº 40 - 16 a 22 de maio de 1997
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

A serviço da comunidade



Volnei recebe reivindicações da comunidade do "Matadouro"

Um abaixo-assinado dos moradores do bairro Nossa Senhora das Graças, mais conhecido como "Matadouro", entregue esta semana ao Deputado Volnei Morastoni, pediu passarelas e lombadas para garantir segurança no cruzamento de acesso ao bairro, na rodovia Contorno Sul. Mais detalhes na página 6.

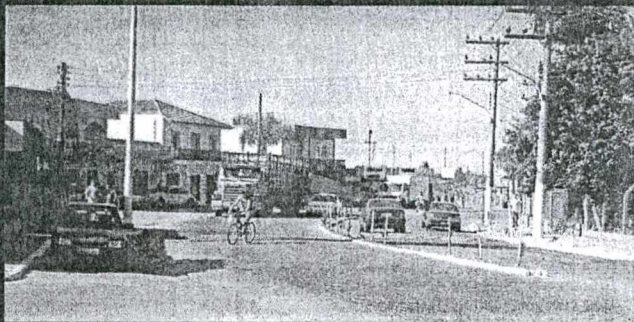
Cai preço da Cesta Básica em Itajaí

Em abril, o custo dos 13 produtos que compõem a Cesta Básica somou R\$ 78,95, representando queda de 4% em relação ao mês anterior.

Página 5

Itajaí quer sua região metropolitana

Página 12



Falta de ciclovias coloca em risco a vida de ciclistas na Reinaldo Schmithausen

Página 7

Governo Itinerante - Dia 20 é a vez do Bairro São Vicente

No próximo dia 20 (terça-feira) Prefeito, vice e secretários municipais estarão, das 08:00 às 17:00 horas, instalados no Salão Paroquial do bairro, ouvindo sugestões e reivindicações da comunidade local, bem como procurando agilizar soluções para problemas apresentados.

Prefeitura Municipal de Itajaí

